UNIVERSITÉ DU DROIT ET DE LA SANTÉ - LILLE 2

FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Analyse des recours après décision du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles Nord-Pas-de-Calais-Picardie

Présentée et soutenue publiquement le *31 Octobre 2013 à 10h*

au Pôle Recherche

Par *Jackie JOOSSEN*

Jury

Président :	**Monsieur le Professeur Paul FRIMAT**
Assesseur :	**Monsieur le Docteur Gilles TOURNEL**
Directrice de Thèse :	**Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON**
Co-directeur de Thèse :	**Monsieur le Docteur Philippe PETIT**

TABLES DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS..... 10

1. INTRODUCTION..... 11

1.1 Le système de reconnaissance du caractère professionnel d'une pathologie..... 13

1.1.1 Reconnaissance par présomption d'origine selon le système des tableaux..... 14

1.1.2 Système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles..... 16

1.1.2.1 Reconnaissance au titre de l'« alinéa 3 » : Lien direct..... 16

1.1.2.2 Reconnaissance au titre de l'« alinéa 4 » : Lien direct et essentiel..... 17

1.1.3 Instruction d'un dossier de maladie professionnelle..... 19

1.2 Organisation du CRRMP..... 21

1.2.1 Mission des CRRMP..... 26

1.2.2 Champ de compétence des CRRMP..... 27

1.2.2.1 Salariés dépendant de la compétence du CRRMP..... 27

1.2.2.2 Compétence territoriale des CRRMP..... 28

1.2.3 Composition des CRRMP..... 28

1.2.4 Voies de recours suite aux décisions des CRRMP..... 29

1.3 Analyse jurisprudentielle des avis des CRRMP..... 30

1.4 Rapport d'activité 2012 du CRRMP Nord-Pas-de-Calais-Picardie..... 36

1.5 Notre étude..... 39

1.5.1 Objectif principal 42

1.5.2 Objectifs secondaires..... 43

2. MATÉRIELS ET MÉTHODE..... 44

2.1 Contenu des dossiers retenus pour l'étude..... 44

2.2 Choix des dossiers retenus pour l'étude..... 45

2.3 Recueil des données au niveau régional..... 46

2.4 Grille de lecture des dossiers..... 48

2.4.1 Données objectives sur la déclaration de la MP (items A à D)..... 48

2.4.2 Données objectives sur les CRRMP (items E à H, O à R, et U) 49

2.4.3 Données objectives sur les jugements (items J à L, N, W, X, AA, AB et AC)..... 49

2.4.4 Données subjectives « selon notre analyse » (items I, M, S, T, Y, Z et AD) 50

2.5 Analyse des données..... 51

3. RÉSULTATS 52

3.1 Description de la population de l'étude 53
3.1.1 Le sexe 53
3.1.2 Le secteur géographique d'origine 53
3.1.3 Les motifs de saisine 54
3.1.4 Répartition des cas en fonction du type de maladies déclarées 55

3.2 Libellé des PV du CRRMP N-PdC-P 56
3.2.1 Décisions rendues par le CRRMP N-PdC-P 56
3.2.2 Rappel du motif de saisine par le CRRMP N-PdC-P 56
3.2.3 Motivation de l'avis du CRRMP N-PdC-P 57

3.3 Les jugements « avant dire droit » du TASS 57
3.3.1 Auteur de la contestation 57
3.3.2 Décision du TASS 58
3.3.3 Point de vue du TASS sur l'avis du premier CRRMP 58
3.3.4 Mission confiée par le TASS au second CRRMP 59

3.4 Libellé des PV des seconds CRRMP 59
3.4.1 Région d'exercice des seconds CRRMP 59
3.4.2 Décisions rendues par les seconds CRRMP 60
3.4.3 Réponse des seconds CRRMP à la mission du TASS 60
3.4.4 Divergence d'avis entre les premiers et seconds CRRMP 61
3.4.5 Motivation de l'avis des seconds CRRMP 62
3.4.6 Précision du second CRRMP vis-à-vis du CRRMP N-PdC-P 63

3.5 Les jugements « sur le fond » du TASS 63
3.5.1 Décision du TASS 63
3.5.2 Point de vue du TASS sur l'avis des CRRMP 65

3.6 Les arrêts de la CA 66

3.7 Délais entre les étapes de la procédure 67

3.8 Issue de la procédure 68
3.8.1 Confirmation et infirmation des avis des CRRMP 68
3.8.2 Situations où l'avis du CRRMP N-PdC-P a été infirmé 70

3.9 Monographies illustrant trois divergences d'avis 71

4. DISCUSSION 73

4.1 Choix des objectifs de notre étude 75

4.2 Les forces de notre étude **76**

4.3 Les limites de notre études **77**

4.4 Résultats **79**

4.4.1 La population de l'étude **79**

4.4.2 Rappel du motif de saisine et motivation du CRRMP N-PdC-P **80**

4.4.3 Analyse des jugements « avant dire droit » du TASS **82**

4.4.4 Région d'exercice des seconds CRRMP **84**

4.4.5 Réponse à la mission du tribunal et motivation des seconds CRRMP **84**

4.4.6 Divergence d'avis des seconds CRRMP **85**

4.4.7 Précisions apportées par les seconds CRRMP **86**

4.4.8 Analyse des jugements « sur le fond » du TASS **88**

4.4.9 Analyse des arrêts de la CA **90**

4.4.10 Analyse des délais entre les étapes de la procédure **92**

4.4.11 Analyse de l'issue de la procédure **94**

4.4.12 Situations où l'avis du CRRMP N-PdC-P a finalement été infirmé **95**

4.4.13 Monographies **98**

5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES **99**

6. BIBLIOGRAPHIE **103**

7. INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX **107**

8. ANNEXES **108**

Annexe A : Avis motivé du CRRMP - N° d'homologation ministérielle : S 6024 ..... **109**

Annexe B : Convention passée entre le SPPE du CHRU de Lille et la DRSM N-PdC-P **111**

Annexe C : Grille de lecture du travail de recherche sur le contentieux du CRRMP N-PdC-P. **114**

Annexe D : Monographies M1, M2 et M3 ..... **116**

ABRÉVIATIONS

AD	Avis Défavorable
AF	Avis Favorable
CA	Cour d'Appel
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail
Cass. Civ.	Cour de Cassation, Chambre civile
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CMI	Certificat Médical Initial
CNAMTS	Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
CRA	Commission de Recours Amiable
CRAM	Caisse Régionale d'Assurance Maladie
CRRMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
CSS	Code de la Sécurité Sociale
DE	Diplôme d'État
DEA	Diplôme d'Études Approfondies
DER	Durée d'Exposition Requise
DES	Diplôme d'Études Spécialisées
DPC	Délai de Prise en Charge
DDPC	Dépassement du Délai de Prise en Charge
DRSM	Direction Régionale du Service Médical
ELSM	Échelon Local du Service Médical
HLLT	Hors Liste Limitative des Tableaux
INRS	Institut National de Recherche et de Sécurité
IP	Incapacité Permanente
MCP	Maladie à Caractère Professionnel
MIRT	Médecin Inspecteur Régional du Travail
MP	Maladie Professionnelle
N-PdC-P	Nord-Pas-de-Calais-Picardie
PV	Procès Verbal
SPPE	Service de Pathologies Professionnelles et Environnementales
TASS	Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale
TMS	Trouble Musculo-Squelettique

1. INTRODUCTION

En France, le dispositif de reconnaissance des Maladies Professionnelles (MP) repose sur des tableaux définissant pour chaque affection, les délais de prise en charge, le type de travaux associé et parfois des durées minimales d'exposition. Cependant, au fil des années, la relative lenteur d'adaptation des tableaux à l'évolution des connaissances scientifiques rendit nécessaire la création d'un système complémentaire (Rapport Dorion, 1991) (1)(2).

Les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) ont ainsi été créés par la loi du 27 janvier 1993 afin d'élargir le champ des possibles en matière de reconnaissance des MP (3).

Un système complémentaire aux tableaux de MP a donc vu le jour afin de permettre aux assurés ne satisfaisant pas à une des conditions des tableaux, ou présentant une affection ne faisant pas l'objet d'un tableau déjà existant, de faire valoir et reconnaitre le caractère professionnel d'une maladie via ces comités (2).

Les décisions prises par le CRRMP en matière de reconnaissance ou non de la MP s'imposent à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) en l'application de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité Sociale (CSS) (4).

La décision est notifiée à l'assuré et à l'employeur. Ces derniers peuvent contester la décision prise par un CRRMP devant le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS), lequel doit alors solliciter un nouvel avis auprès d'un deuxième CRRMP avant de rendre sa décision (5).

Dans le cadre de l'internat de spécialité en Santé au Travail, durant le stage dans le Service de Pathologies Professionnelles et Environnementales (SPPE) du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de Lille, j'ai pu assister à quelques séances du CRRMP Nord-Pas-de-Calais-Picardie (N-PdC-P) et j'ai participé aux recherches bibliographiques parfois nécessaires aux prises de décision du comité.

Une problématique est apparue quant au devenir des décisions du CRRMP en cas de contestation de la décision par l'une des parties, employeur ou salarié.

En effet, les membres du CRRMP ne sont pas en capacité d'être avertis directement d'une éventuelle contestation et n'ont également pas accès aux conclusions du deuxième CRRMP, ni à celles du TASS avant ou après la saisine de ce dernier.

Il n'est pas possible aux membres du CRRMP de se critiquer sur le fond ou la forme de leurs décisions car ils ne peuvent connaitre l'issue de la procédure et l'argumentaire des instances contentieuses (TASS, Cour d'Appel (CA)).

Il nous est apparu pertinent d'étudier la procédure de contestation dans sa totalité, à la lumière notamment des Procès Verbaux (PV) du CRRMP rendant la décision originale, mais aussi des PV des seconds comités missionnés par le TASS en cas de recours, ainsi que des jugements de ce dernier.

Afin d'explorer les suites contentieuses des décisions prises par le CRRMP N-PdC-P, un projet de recherche au travers d'une convention a été conclu entre le SPPE du CHRU de Lille et le Service Médical Régional N-PdC-P de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS).

Préalablement à cette étude, nous décrirons les possibilités de reconnaissance des MP, à savoir par présomption d'origine selon le système des tableaux d'une part, et par le système complémentaire, représenté par le CRRMP, d'autre part. Nous détaillerons également l'organisation du CRRMP. Nous procéderons à l'étude de l'analyse jurisprudentielle des avis des CRRMP depuis leur création et nous étudierons l'activité récente du CRRMP N-PdC-P.

Notre travail a pour objectif principal d'étudier les recours contentieux effectués auprès des TASS, ainsi que leur issue, dans les suites d'une décision du CRRMP N-PdC-P.

1.1 Le système de reconnaissance du caractère professionnel d'une pathologie

La reconnaissance des MP est aujourd'hui régie par les articles L. 461-1 et suivants du CSS (6).

Les salariés du privé disposent ainsi de deux modalités de reconnaissance d'une MP en fonction de l'existence d'un tableau de pathologie professionnelle et du respect des critères de ce tableau (7).

D'une façon générale, une maladie est « présumée d'origine professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique, ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

Pour faire face à la difficulté, sinon à l'impossibilité de se baser sur la notion de preuve ou sur les seules constatations médicales pour certifier qu'il y a MP ou non, la législation de la Sécurité Sociale a établi un certain nombre de conditions médicales, techniques et administratives qui doivent être obligatoirement remplies pour qu'une maladie puisse être légalement reconnue comme professionnelle et indemnisée comme telle (8).

Le système actuel résulte de la loi du 27 janvier 1993 qui a instauré une procédure complémentaire de reconnaissance qui s'adresse d'une part, aux victimes dont la maladie figure dans un tableau mais n'a pas été reconnue car une ou plusieurs conditions fixée(s) par ce dernier font défaut ; d'autre part, aux victimes d'une maladie non désignée dans un tableau de MP s'il est établi que celle-ci est directement et essentiellement causée par le travail habituel de l'assuré (2)(9).

Dans un but « scientifique », il existe également la possibilité de déclarer, en dehors de ces deux modalités, une Maladie à Caractère Professionnel (MCP) sans quelconque bénéfice pour la victime. Il s'agit d'une déclaration anonyme qui doit se faire sur un formulaire ad hoc et être adressée au ministère du travail par l'intermédiaire des Médecins Inspecteurs Régionaux du Travail (MIRT) (10).

Tout docteur en médecine, indépendamment de sa spécialité, doit déclarer tout symptôme ou toute maladie qui présente selon lui un caractère professionnel, ceci dans une finalité de prévention, de meilleure connaissance des MP et de l'extension éventuelle des tableaux existants. L'ensemble des MCP déclarées est traité par le Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels qui donne un avis sur les modifications ou les créations de tableaux (7)(10).

1.1.1 Reconnaissance par présomption d'origine selon le système des tableaux

Le principe de la présomption d'origine est de reconnaître automatiquement que toute affection répondant aux conditions médicales, professionnelles et administratives spécifiques d'un tableau est « présumée d'origine professionnelle ». Dès l'instant où ces conditions sont remplies, le salarié n'a pas à apporter la preuve du caractère professionnel de sa pathologie (figure 1 page 17) (7).

La victime n'a pas à prouver le lien de causalité entre son affection et son travail. L'employeur ou la CPAM peuvent contester le caractère professionnel de la maladie. Ils doivent pour cela apporter la preuve que l'affection a une origine étrangère au travail (11).

Conformément à la loi du 25 octobre 1919, une maladie peut être reconnue comme MP si elle figure sur l'un des tableaux annexés au CSS. Ces tableaux sont créés par décret après validation par les partenaires sociaux au fur et à mesure de l'évolution des techniques, des progrès des connaissances médicales, notamment celles portant sur les relations entre les maladies et les expositions professionnelles.

Ce système (alinéa 2 de l'article L. 461-1 du CSS) concerne le régime général et le régime agricole (et d'autres régimes spéciaux), et prend en compte des critères médicaux et techniques de probabilité et des critères administratifs prévus dans des tableaux publiés au Journal Officiel et régulièrement complétés et modifiés (7)(8).

Les tableaux sont différents pour le régime général et le régime agricole. Il existe actuellement 114 tableaux pour le régime général et 64 pour le régime agricole (12).

Chaque tableau est composé de trois colonnes :

- Celle de gauche désigne les symptômes ou lésions pathologiques que doit présenter l'assuré, leur énumération est limitative (certaines nécessitent une confirmation par des examens spécifiques exigés pour la prise en charge) ;

- La colonne du milieu précise le Délai de Prise en Charge (DPC), défini par le délai maximal entre l'arrêt de l'exposition professionnelle au risque et la première constatation médicale de l'affection ; certains tableaux prévoient, de plus, une durée minimale d'exposition ; en dessous de cette Durée d'Exposition Requise (DER), la reconnaissance par présomption d'origine n'est pas possible ;

- La colonne de droite prévoit la liste des travaux susceptibles de provoquer l'affection. En fonction du tableau, cette liste peut être limitative ou seulement indicative. Dans ce second cas, tout travail avec exposition habituelle à la nuisance prévue dans le tableau peut être pris en compte même s'il n'est pas dans cette liste (7)(8)(13).

1.1.2 Système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles

Malgré les intérêts que présentait le système des tableaux, il est apparu nécessaire au législateur d'instaurer une certaine flexibilité à ce cadre assez rigide.

Le système complémentaire de réparation a ainsi été introduit par la loi du 27 janvier 1993. Cette loi a fait évoluer l'article L. 461-1 du CSS par la création et l'ajout de quatre alinéas. C'est ainsi que les « alinéas 3 et 4 » de cet article et que la notion de CRRMP ont été créés (3).

Ceci a permis aux salariés la reconnaissance d'affection qui ne remplissent pas les critères de la présomption d'origine. La preuve du lien de causalité entre le travail et la maladie est établie sur la base d'une expertise individuelle confiée à un CRRMP (7).

1.1.2.1 Reconnaissance au titre de l'« alinéa 3 » : Lien direct

Lorsque l'affection est décrite dans un des tableaux de MP, mais que certains critères administratifs ne sont pas respectés (Dépassement du Délai de Prise en Charge (DDPC), DER insuffisante, activité professionnelle Hors Liste Limitative des Travaux (HLLT)), le dossier est automatiquement transmis par la CPAM au CRRMP.

Ce comité doit définir si l'affection est directement liée à l'activité professionnelle habituelle du salarié (figure 1)(7).

Le CRRMP rend son avis motivé dans ce cas sur le formulaire « S 6024 » (Cf Annexe A page 109 : Avis motivé du CRRMP - N° d'homologation ministérielle : S 6024).

1.1.2.2 Reconnaissance au titre de l'« alinéa 4 » : Lien direct et essentiel

Si aucun tableau ne mentionne l'affection du patient, il est possible de reconnaître le caractère professionnel d'une maladie non mentionnée dans un tableau mais directement imputable à l'activité professionnelle habituelle de la victime et entraînant le décès de celle-ci, ou une Incapacité Permanente (IP) prévisible d'au moins 25%.

Le CRRMP doit définir si l'affection est directement et essentiellement liée à l'activité professionnelle de l'assuré (figure 1) (9)(14).

Le CRRMP rend son avis motivé dans ce cas sur le formulaire « S 6025a ».

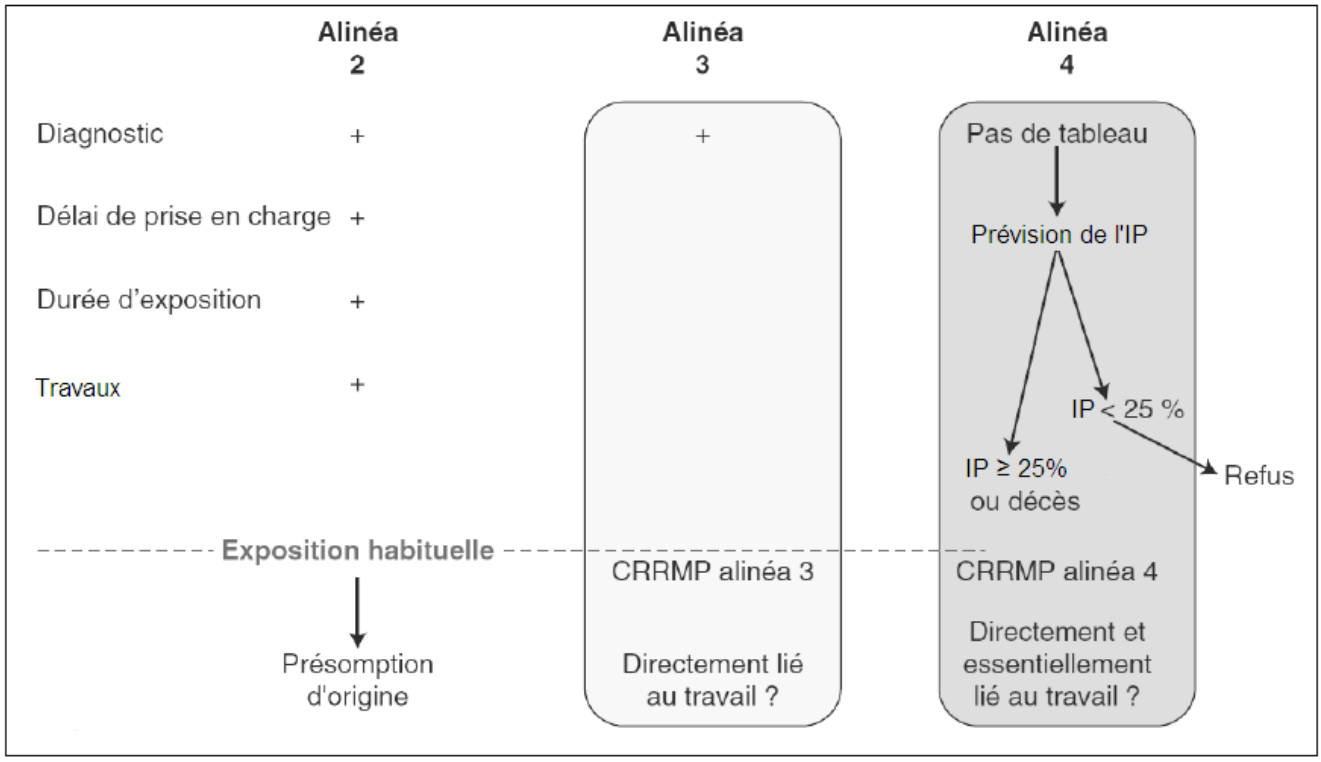

Figure 1 : Synoptique des moyens de reconnaissance d'une maladie professionnelle indemnisable (mise à jour d'un schéma issu de l'EMC Pathologie professionnelle et de l'environnement) (7)

La fixation du taux d'incapacité à un niveau de 25% pour une pathologie nécessairement « stabilisée » réduisait l'entrée dans le dispositif de nombreuses victimes dont le lien entre la pathologie et le travail était pourtant documenté, notamment les psychopathologies du travail.

Les missions des médecins-conseils et des CRRMP ont en ce sens récemment été modifiées par une lettre ministérielle du 13 mars 2012 stipulant que :

« *(…) dans le cas où la pathologie n'est pas encore stabilisée, le médecin-conseil doit estimer un taux d'incapacité permanente prévisible à l'issue du stade évolutif de la pathologie. Ce taux d'incapacité prévisible doit être évalué dans les conditions mentionnées à l'article L. 434-2 du code de la Sécurité Sociale et relever de la seule maladie suspectée d'origine professionnelle et non d'un ensemble morbide complexe associant différentes affections. Il est à noter que ce taux d'incapacité permanente prévisible n'a qu'une valeur indicative visant à évaluer le degré de gravité de la pathologie afin de décider de l'éventuelle transmission au CRRMP ; il est à distinguer du taux d'incapacité permanente réel notifié lors de la stabilisation si elle est ultérieure (…)* » (14).

Ce qui a entraîné la mise à jour du Guide pour les CRRMP comme suit :

« *(…) lorsque un dossier est orienté vers le CRRMP dans le cadre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1, le médecin conseil doit indiquer qu'à l'issue du stade évolutif, l'incapacité permanente prévisible est ou sera supérieure au taux de 25%. Pendant la phase évolutive, la victime peut bénéficier des indemnités journalières. L'incapacité permanente notifiée lors de la consolidation peut être inférieure à 25%. Le Guide destiné aux CRRMP est modifié en conséquence (…)* ».

Une appréciation provisoire de l'IP est faite sur l'état du patient au moment de la déclaration de MP, et non plus seulement au moment de sa consolidation (14).

1.1.3 Instruction d'un dossier de maladie professionnelle

En cas de MP, le salarié victime adresse sa déclaration accompagnée du certificat médical initial (CMI), en double exemplaire, à la CPAM dont il dépend.

A cette occasion il utilise le formulaire CERFA « 60-3950 » sur lequel il doit indiquer la maladie dont il est atteint et la date de première constatation médicale, le dernier employeur (n° SIRET) et les emplois antérieurs où il aurait été exposé au risque.

A réception de ces deux documents, la CPAM va instruire le dossier. Elle envoie un double de la déclaration à la Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT) (pour la tarification à l'employeur), à l'employeur, au médecin du travail, et enfin à l'inspection du travail (accompagné d'un exemplaire du CMI dans ce cas).

Des investigations administratives sont menées pour évaluer les conditions de survenue ou d'exposition professionnelle, tandis que le médecin-conseil évalue les lésions ou l'état de santé.

Le « colloque médico-administratif », lien régulier entre échelon administratif et échelon médical de la CPAM, permet d'établir la reconnaissance ou le rejet du caractère professionnel.

Au cours de ces réunions conjointes, sont examinées la transmission éventuelle au CRRMP, la détermination de la date de première constatation médicale de la maladie, la nécessité de demander des renseignements complémentaires au médecin qui a rempli le CMI, à l'employeur, au médecin du travail, ou de convoquer le salarié pour un examen par le médecin-conseil.

Toutes ces informations sont renseignées dans une fiche récapitulative qui suivra le dossier tout au long de l'instruction, la « fiche colloque ».

Depuis 1999, le délai d'instruction d'une MP, c'est-à-dire le temps écoulé entre la date de réception de tous les documents inhérents à la déclaration et la date de décision de la reconnaissance (ou non) est de 3 mois (renouvelable une fois si nécessaire).

Les maladies relevant d'un tableau de MP dont toutes les préconisations sont respectées, sont prises en charge au titre de l'« alinéa 2 ».

La CPAM envoie au CRRMP les dossiers en « alinéa 3 » ainsi qu'en « alinéa 4 » dans le cadre défini par le CSS, pour qu'il les examine au cas par cas.

1.2 Organisation du CRRMP

Afin d'aider à la prise de décision, un Guide pour les CRRMP avait été réalisé en 1994 soit quelques mois à peine après leur création en 1993 (15).

Ce guide a été actualisé en novembre 2009 afin d'apporter des réponses aux nombreuses questions concernant les dossiers examinés dans le cadre du système complémentaire de reconnaissance des MP.

Ce guide a eu également pour vocation de contribuer à l'harmonisation des pratiques des CRRMP au niveau national (16)(17).

En effet, antérieurement à la parution de ce guide, diffusé au début de l'année 2010, il semble que le système du CRRMP, ayant vocation à pallier les insuffisances du système initial de reconnaissance des MP, ait souffert d'une disparité interrégionale frappante.

Ces difficultés étaient liées notamment aux modalités d'instructions des dossiers mais aussi au fonctionnement interne des CRRMP (18).

Plusieurs travaux comparant les activités des CRRMP, antérieurs à la parution de ce guide, sont venus confirmer l'hétérogénéité de leur fonctionnement.

L'enquête prospective régionale de Fantoni-Quinton *et al*. (2000) a montré qu'il existait d'importantes variations du nombre de MP déclarées entre les différentes CPAM d'une même région. L'étude portait sur 698 MP n° 57 (membre supérieur) déclarées entre novembre 1997 et juin 1998 dans la région N-PdC-P.

Des inégalités ont été retrouvées dans le nombre de dossiers transmis aux CRRMP. Ces dossiers « *témoignent de différences d'usages des modalités de refus entre les différents organismes sociaux* » (refus administratif pour absence d'exposition, ou saisine du CRRMP pour DDPC ou pour des travaux HLLT). Les auteurs ont associé ces « *possibilités de divergences d'appréciation* » à l'ancienne version du tableau de MP n° 57, pour lequel ils ont proposé de nombreuses modifications (19).

Dans son mémoire pour l'obtention du DES de Médecine du Travail, Broglin-Stoltz (2004) a comparé les rapports d'activité des CRRMP d'Aquitaine, Bretagne et N-PdC-P et a réalisé une analyse régionale et interrégionale des éléments objectifs présents dans les dossiers soumis à ces comités entre janvier 2000 et juin 2001. L'étude rétrospective portait sur 465 dossiers de MP n° 57 (membre supérieur) soumis à ces 3 comités.

Des différences dans le traitement des dossiers et dans l'interprétation de la désignation des maladies et de la liste limitative du tableau de MP n° 57 ont été rapportées, au niveau des CRRMP mais aussi au sein des CPAM. Interrogés, les médecins-conseils chargés de la coordination des trois CRRMP ont reconnu ces disparités mettant en cause un biais survenant en amont des CRRMP (qualité et complétude des dossiers transmis aux CRRMP par les CPAM, interprétation de la liste limitative des travaux, nombre et cause des rejets administratifs prononcés par les CPAM).

D'après cette étude, l'essentiel des dossiers étaient insuffisants quant à la quantité et la qualité des informations. Les dossiers étaient moins complets lorsque le CRRMP rendait un avis défavorable (AD) (les cas refusés le seraient donc par défaut d'informations).

Il existait des inégalités dans le taux de recours aux CRRMP. L'auteur proposait des axes de progrès tel qu'un système de recueil standardisé pour améliorer la qualité et la complétude du dossier constitué par la CPAM et transmis au CRRMP, et préconisait des modifications du tableau de MP n° 57 afin d'en limiter les « *possibles interprétations* » (20).

Deux thèses pour le Diplôme d'Etat (DE) de Docteur en médecine (Brun-Jeandot, 2002 ; Capitaine-Longuenesse, 2003) ont également présenté des résultats comparables. Celles-ci ont mis en évidence des disparités entre les CRRMP lors de la comparaison interrégionale des dossiers soumis sur Bordeaux, Lille et Rennes entre janvier 2000 et juin 2001 concernant les MP n° 57 (membre supérieur). L'étude du contenu des dossiers soumis aux CRRMP a également retrouvé des inégalités dans la quantité et la qualité de l'information transmise aux CRRMP (21)(22).

Les inégalités interrégionales dans la finalité du processus de reconnaissance des MP sont évoquées dans l'ouvrage de Bourgeois *et al*. (2006). Les causes invoquées sont la présence d'acteurs économiques locaux, et les spécificités régionales des bassins d'activité. Cependant une interrogation persiste sur la responsabilité du processus de reconnaissance dans ces inégalités (23).

Dans son mémoire pour la Capacité de médecine en Santé au Travail et de prévention des risques professionnels, Abergel (2007) a confronté les rapports d'activité des 16 CRRMP métropolitains pour l'année 2003 afin d'étudier les valeurs de DDPC des cas d'« épaule douloureuse simple » de l'ancien tableau de MP n° 57A (DPC réglementaire de 7 jours présent dans l'ancienne version du tableau).

L'analyse statistique permettait de dégager des valeurs consensuelles de DPC menant presque toujours à un AF. Par exemple un DPC réglementaire de 30 jours aurait permis d'« économiser » près d'un quart des instructions ayant donné lieu à un AF (en risquant d'accepter à tort moins de 5% des cas ayant reçu un AD). On retrouvait aussi des inégalités interrégionales dans la distribution des valeurs de DDPC pour les AF et pour les AD, « *probablement dues aux variabilités dans les avis des experts* » selon l'auteur (24).

Cette fois-ci concernant le tableau de MP n° 98, une étude prospective sur 63 dossiers soumis au CRRMP N-PdC-P en « alinéa 3 » a été menée sur la période de juin à novembre 2007 par Pagnard-Branche (2008) dans son mémoire pour l'obtention du DES de Médecine du Travail.

L'auteur retrouvait une nouvelle fois des disparités dans le taux de complétude des dossiers et a pu dégager des facteurs participant de façon importante à la prise de décisions comme la description des éléments de force du poste, l'avis du médecin du travail, l'étude de poste réalisée par l'enquêteur ou l'ingénieur de la CARSAT, ainsi que le temps de travail.

Au terme de ce travail, une fiche-type visant à apporter au CRRMP les pièces qualitativement pertinentes pour la prise de décision a été élaborée. L'auteur présentait à nouveau des pistes d'amélioration du fonctionnement des comités notamment par une « *meilleure standardisation des données fournies par le rapporteur* » (25).

Plus récemment, dans son travail de thèse pour le DE de Docteur en médecine, Duclos (2010) a analysé les rapports d'activité des 16 CRRMP métropolitains sur 4 années (2001 à 2004) en se concentrant sur les pathologies du membre supérieur du tableau de MP n° 57.

Il ressort de cette étude qu'une même pathologie peut être traitée plus ou moins rapidement ou favorablement selon le CRRMP dont elle dépend. Les inégalités étaient importantes, et elles paraissaient plus liées aux modalités d'instruction, de saisine et de fonctionnement des CRRMP, qu'à des facteurs professionnels, médicaux ou sociaux.

Les données de ce travail n'ont cependant pas permis d'affiner ces hypothèses. D'après l'auteur, « *le caractère très « CRRMP-dépendant » des avis prononcés par expertise limite considérablement son intérêt médicolégal et médicosocial, notamment par rapport aux reconnaissances par présomption d'origine* ». L'étude a permis d'identifier et d'analyser certaines difficultés de reconnaissance des MP n° 57 touchant le membre supérieur.

L'auteur conclut qu'il est selon lui possible d'améliorer la reconnaissance des MP et de réduire la surcharge de travail des CRRMP en s'appuyant sur les éléments fournis par l'analyse des rapports d'activité des CRRMP. Dans cette optique, deux axes se sont dégagés : celui des modifications du tableau de MP n° 57 et celui de l'harmonisation interrégionale (26).

Tous ces travaux mettent en exergue que l'étude de l'activité des CRRMP et l'analyse des avis rendus par ces derniers permettent de dégager des pistes d'amélioration du système de reconnaissance des MP.

Ces travaux autour du CRRMP ont vraisemblablement alimenté la réflexion des auteurs du « Guide pour les CRRMP » paru en 2010, et ont certainement contribué à la révision récente du tableau de MP n° 57A en octobre 2011 et n° 57B en aout 2012 (17)(27)(28).

Notre étude s'inscrit dans cette démarche.

1.2.1 Mission des CRRMP

Les motifs de saisine des CRRMP par la CPAM et le TASS sont strictement encadrés par deux articles du CSS, les articles L. 461-1 et R. 142-24-2.

Ainsi sur la base des alinéas 3 et 4 de l'article L. 461-1 du CSS, la mission principale du CRRMP consiste à rendre des avis motivés permettant à l'organisme de Sécurité Sociale de statuer sur l'origine professionnelle de la maladie présentée par une victime, lorsque cette dernière ne peut prétendre à la présomption d'origine et relève donc du système complémentaire de reconnaissance. Ce rôle est déterminant pour les victimes car l'avis du CRRMP s'impose à l'organisme de Sécurité Sociale (18).

La saisine du CRRMP ne nécessite pas de démarche particulière de la part de la victime dès lors qu'elle relève des conditions prévues par les « alinéas 3 et 4 ».

La victime est simplement informée que sa demande de MP nécessite un examen et une instruction dans le cadre du comité. Néanmoins, la victime ou les ayants droit peuvent aussi directement saisir le comité lorsqu'ils estiment relever de la situation adéquate (7).

L'article R. 142-24-2 a été créé par le décret n° 93-692 du 27 mars 1993 relatif à certaines procédures de reconnaissance des MP et modifiant le CSS. Il a permis de codifier la saisine du CRRMP par le tribunal dans les litiges opposant l'employeur ou le salarié à la CPAM, dans le cadre du contentieux général de la Sécurité Sociale lié au refus ou à la prise en charge du caractère professionnel de la maladie par le CRRMP.

Dans cette situation, cet article prévoit qu'avant de délibérer, le TASS recueille l'avis d'un CRRMP autre que celui qui s'est initialement prononcé. Le tribunal désigne alors le comité d'une des régions les plus proches (29).

Le second et dernier rôle réglementaire du CRRMP est ainsi de répondre à la saisine du TASS quand un autre CRRMP a vu son (premier) avis être contesté par le salarié ou l'employeur et que la procédure amiable de la Commission de Recours Amiable (CRA) n'a pas abouti. Le CRRMP saisi par le TASS rend ainsi un deuxième avis sur la reconnaissance du caractère professionnel ou non de la pathologie qui est l'objet du recours.

Par définition, le CRRMP est ainsi, dans le cadre des ses deux champs d'action réglementaires, un dispositif d'expertise du lien de causalité reliant l'activité professionnelle à une lésion (30).

1.2.2 Champ de compétence des CRRMP

1.2.2.1 Salariés dépendant de la compétence du CRRMP

Le CRRMP est compétent pour les salariés du régime général, du régime agricole, du régime des mines et d'autres régimes spéciaux (salariés expatriés, salariés des industries électriques et gazières, salariés de la SNCF, …).

Le CRRMP n'est pas compétent pour les assurés fonctionnaires ou rattachés au régime des indépendants (17).

1.2.2.2 Compétence territoriale des CRRMP

L'article D. 461-26 du CSS précise que chaque CRRMP a pour ressort territorial l'échelon régional du contrôle médical de la CNAMTS. Il existe ainsi 16 CRRMP en métropole.

Pour le régime général, le CRRMP dont dépend la victime est celui du lieu où demeure cette dernière.

Pour le régime agricole, le régime minier et les autres régimes spéciaux, le CRRMP dont dépend la victime est celui dans le ressort duquel l'organisme de Sécurité Sociale, dont la victime relève, a son siège (17).

1.2.3 Composition des CRRMP

Le CRRMP est constitué de trois experts (Article D. 461-27 du CSS) :

- Le Médecin-conseil régional responsable du contrôle médical dans chaque région, ou un médecin-conseil de l'échelon régional qu'il désigne pour le représenter ;

- Le Médecin Inspecteur Régional du Travail ou un médecin inspecteur qu'il désigne pour le représenter ;

- Un Professeur des Universités - praticien hospitalier, ou un praticien hospitalier qualifié en matière de pathologie professionnelle, ainsi que des suppléants, nommés pour quatre ans sur décision du Directeur Régional de l'Agence Régionale de Santé (5)(17).

En séance, les trois membres ont chacun une voix délibérative, représentant chacune des catégories citées. Seuls les trois membres participent à la discussion et procèdent à la rédaction de l'avis émis. La présence de médecins dans le cadre de leur formation est admise (17).

L'ingénieur-conseil en chef du service prévention de la CARSAT apporte un appui technique au comité et est obligatoirement entendu par ce dernier en vertu de l'alinéa 4 de l'article D. 461-30 du CSS.

L'enquête technique menée par le service prévention de la CARSAT apporte aux membres du comité des informations sur la nature, la durée et le niveau des expositions auxquels a été soumise la victime (17) (31).

1.2.4 Voies de recours suite aux décisions des CRRMP

Les assurés sociaux comme les employeurs peuvent contester les décisions de la CPAM devant la CRA, préalable obligatoire au déclenchement de la suite de la procédure. Sans accord amiable, le TASS est saisi. Il est la juridiction de première instance.

Dans les suites, l'appel est possible au niveau de la Chambre sociale de la Cour d'Appel. Un pourvoi est à son tour possible devant la Cour de Cassation.

En cas de contestation d'une décision de reconnaissance d'une MP dans le cadre des « alinéas 3 et 4 », l'article R. 142-24-2 du CSS appelle à un enchaînement logique des avis médicaux et des jugements des instances contentieuses.

Au départ, un CRRMP rend un avis. Cet avis s'impose à la CPAM qui notifie la décision aux deux parties. En cas de litige, la décision est contestée auprès de la CRA. Sans arrangement amiable, le TASS est saisi et rend à son tour un jugement « avant dire droit » par lequel il doit nommer un autre CRRMP pour recueillir un second avis sur la problématique de reconnaissance en MP.

Le second CRRMP rend un deuxième avis qui sert à la prise de décision du TASS dans son jugement « sur le fond ». On peut considérer le jugement « sur le fond » comme étant définitif une fois que le délai de recours est épuisé.

S'il y a appel de la décision, la Chambre sociale de la CA étudie l'ensemble du dossier et rend à son tour un arrêt. Elle peut éventuellement faire appel à un troisième CRRMP avant de prendre une décision finale si l'avis d'un des CRRMP s'étant prononcés a été annulé.

1.3 Analyse jurisprudentielle des avis des CRRMP

Il était opportun dans notre travail d'étudier les analyses jurisprudentielles des avis de CRRMP. Nous avons donc examiné la jurisprudence publiée et issue de la Cour de Cassation, concernant les avis motivés et le contentieux des CRRMP, au moyen du site « www.legifrance.gouv.fr/ », depuis leur création en 1994 jusqu'à aujourd'hui (septembre 2013).

Il en ressort que les arrêts concernant cette thématique ne sont pas nombreux et surtout, qu'une analyse de fond de ces avis est rarement effectuée, ce qui limite les éventuels enseignements délivrés habituellement par la jurisprudence sur les points d'achoppement.

En effet, sans même s'arrêter sur la pertinence, les fondements ou l'argumentation du CRRMP, la Cour de Cassation, faisant une stricte application du droit, se « contente » d'énoncer que conformément à l'article R. 142-24-2 du CSS, quand le différend porte sur la reconnaissance du caractère professionnel d'une pathologie, la saisine d'un second CRRMP est obligatoire.

La Cour de Cassation a ainsi réaffirmé par quatre fois, et encore tout récemment, qu'il appartenait aux juges de fond de faire appel, le cas échéant, à un second comité avant de statuer (Cass. Civ. n° 03-30.484 du 22 février 2005 ; Cass. Civ. n° 08-20.718 du 18 février 2010 ; Cass. Civ. n° 10-15.145 du 17 mars 2011 ; Cass. Civ n° 12-18.021 du 30 mai 2013).

En outre, il faut bien souligner que la plus Haute juridiction a bien pour mission de veiller à la stricte application du droit, sans empiéter sur les prérogatives du juge du fond qui lui, examine les faits et a donc à analyser la forme de l'avis rendu par les CRRMP.

Le fait que le juge du fond puisse analyser l'avis d'un CRRMP, alors que la Cour de Cassation ne le fait pas mais rappelle strictement au respect du CSS, est bien illustré dans le deuxième arrêt précédemment référencé (n° 08-20.718). Dans cet arrêt de 2010, en plus de préciser l'obligation de nommer un second CRRMP pour statuer, la Cour de Cassation déjuge la CA au motif qu'elle n'avait pas à se baser sur le seul premier avis du CRRMP bien qu'il était dépourvu de toute ambiguïté :

« (...) Encourt la cassation l'arrêt d'une cour d'appel, qui, pour rejeter la contestation d'un employeur, retient que l'avis délivré par le CRRMP, qui se fonde tant sur l'ensemble des éléments du dossier que sur les informations médicales, scientifiques et techniques dont il a eu connaissance, est dépourvu de toute ambiguïté et qu'il n'est dès lors pas opportun de saisir un autre comité (...) ».

Même si le premier comité a rendu un avis motivé, clair, et non équivoque, cet état de fait n'est pas primordial dans la conclusion du jugement. En outre, la Cour de Cassation ne précise pas en quoi l'avis du CRRMP était sans ambiguïté.

Ce serait donc du côté des juridictions du fond, TASS et CA, qu'il faudrait rechercher des enseignements sur ce qu'est un avis clair, non équivoque et bien argumenté de la part d'un CRRMP.

Malheureusement, il n'y a pas de base de données exhaustive pour ces juridictions et la recherche n'a pu être menée en ce sens.

Pour autant, la compétence très spécifique des CRRMP est bien reconnue par les tribunaux puisque la Cour de Cassation précise que, pour rendre leurs décisions, les tribunaux doivent uniquement se baser sur l'avis des CRRMP, et non pas sur le fondement d'une expertise judiciaire autre. En définitive, le tribunal ne peut pas exclusivement s'appuyer sur des éléments versés au dossier autres que les avis rendus par les comités. (Cass. Civ. n° 06-21.985 du 06 mars 2008).

Nous n'avons trouvé qu'un arrêt de Cour de Cassation où cette dernière s'était fondée sur l'argumentaire d'un second CRRMP pour repréciser une application du CSS. La Cour de Cassation a ainsi « éclairé » l'application de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1 du CSS, à savoir que celui-ci n'exige pas que le « *travail habituel soit la cause unique ou essentielle de la maladie* ».

Il s'agissait initialement d'une MP n° 10ter A (cancer broncho-pulmonaire) déclarée en 1993 pour laquelle deux CRRMP, saisis pour une activité HLLT, s'étaient prononcés défavorablement.

Le second comité avait été missionné par le TASS pour savoir si la maladie avait pour origine l'exposition professionnelle. Ce comité a répondu que la victime avait été « *incontestablement exposée à des poussières de bichromate de potassium* », mais qu'elle présentait un tabagisme non négligeable, et que le caractère multifactoriel du cancer du poumon ne permettait pas d'établir que l'affection avait été directement causée par le travail habituel.

La Cour de Cassation considère que la CA a violé les articles L. 461-1, L. 315-2 et R. 142-24-2 du CSS, et qu'elle aurait du diligenté une expertise médicale, s'agissant d'une difficulté d'ordre médical relative à l'état du malade ou de la victime d'une MP.

Néanmoins elle considère que comme les conditions sous-tendues par l'« alinéa 3 » sont remplies, car le second CRRMP a reconnu l'exposition professionnelle, la MP est reconnue.

Cet arrêt ne remet donc pas en cause le fond de l'avis du CRRMP, qui a bien reconnu l'exposition professionnelle, mais la forme, en précisant les conditions d'un travail habituel, ce qui invalide indirectement une partie de l'argumentaire du comité fondée sur un facteur confondant d'hygiène de vie. La CA a déjugé le TASS et suivi malgré tout la réponse du second CRRMP à la question posée par ce dernier sur l'exposition professionnelle. Néanmoins la CA a également argumenté la reconnaissance de la MP en prenant position sur l'analyse de l'hygiène de vie.

La Cour de Cassation considère que dans le fond la CA devait reconnaitre la MP mais elle reprécise la forme qu'aurait du avoir sa décision, en définissant la notion de travail habituel comme n'étant pas la cause unique de la maladie.

On notera que la MP ayant été déclarée en 1993, il devait s'agir des tout premiers avis rendus par les CRRMP (Cass. Civ. n°00-13.097 du 19 décembre 2002).

Les quelques autres décisions de la Cour de Cassation ayant trait au CRRMP concernent le rôle de la CPAM dans l'articulation de la procédure ou la composition du comité.

Il a ainsi été rappelé que c'est à la CPAM de saisir initialement un CRRMP dans le cadre des maladies liées aux alinéas 3 et 4 de l'article L. 461-1 du CSS, et non aux tribunaux. En cas de contentieux, si la CPAM devait saisir un CRRMP et qu'elle ne l'a pas fait, ce n'est pas aux tribunaux de le faire secondairement à sa place. Ces derniers doivent se positionner dans le rappel à la CPAM de ses missions (Cass. Civ. n° 06-10.371 du 17 janvier 2007 ; Cass. Civ. n° 07-20.708 du 25 juin 2009).

Pour finir, une décision prise par un CRRMP composé uniquement de deux de ses 3 membres prévus réglementairement ne peut être remise en cause sur cette « simple » irrégularité. Le tribunal doit annuler l'avis de ce comité et demander à la CPAM de reprendre la procédure à partir de cette étape invalidée (Cass. Civ. n° 04-30.408 du 9 mars 2006).

En définitive, c'est le strict respect des règles procédurales qui sous-tend la plupart des arrêts rendus par la Cour de Cassation et non le fond des décisions.

Ces constatations confirment que les tribunaux n'ont pas la compétence médicale pour juger de ces situations. Les plus hautes instances le réaffirment régulièrement au travers de ses arrêts en ne réajustant que les procédures.

Le CRRMP est donc indispensable au dispositif judiciaire tout en restant médicalement indépendant et souverain dans l'expertise du lien de causalité entre activité professionnelle et pathologie.

L'argumentaire des décisions prises par les comités, dans sa forme ou son contenu, n'a pour l'instant été remis en cause qu'une fois par les arrêts de Cour de Cassation (au travers d'une précision de la notion de « travail habituel »).

Dans ce travail nous nous attacherons à l'analyse, sur le fond et la forme, des argumentaires des décisions prises par les CRRMP afin d'en étudier les interactions avec les jugements des tribunaux, ce que la jurisprudence n'est pas amenée à faire de par son strict rôle d'arbitrage du respect des procédures réglementaires.

1.4 Rapport d'activité 2012 du CRRMP Nord-Pas-de-Calais-Picardie

Les données qui suivent sont issues de la présentation par le Professeur Paul Frimat, du rapport d'activité du CRRMP N-PdC-P pour l'année 2012, aux journées « Marcel Marchand » du 23 mars 2013 (Faculté de Médecine Henri Warembourg de Lille, Pôle Recherche).

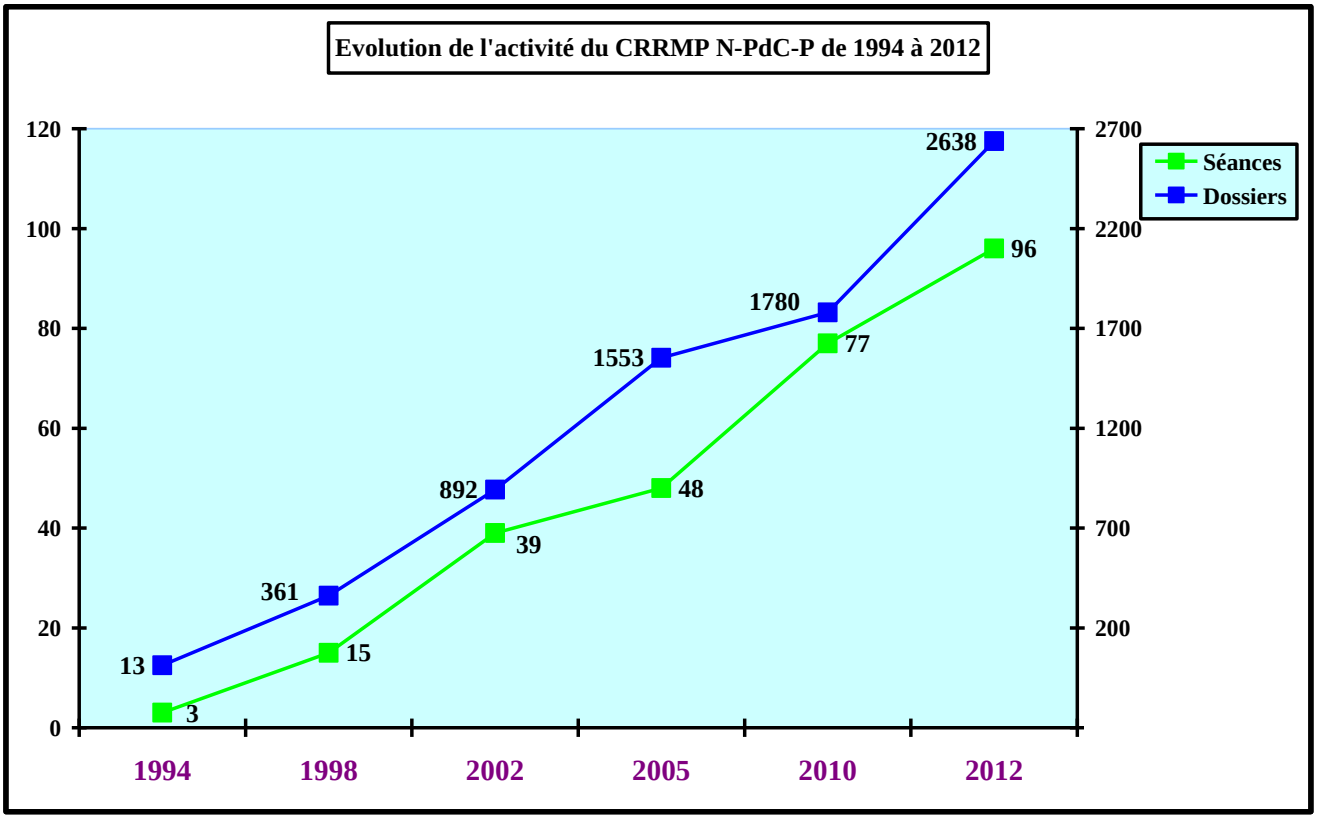

Figure 2 : Evolution de l'activité du CRRMP N-PdC-P de 1994 à 2012

Depuis sa création, le CRRMP N-PdC-P a vu son activité constamment s'accroitre au fil des années, passant de 13 dossiers instruits pour 3 séances en 1994, à actuellement 2638 dossiers pour 96 séances en 2012. L'activité a ainsi été multipliée par un facteur 200 sur 18 ans.

L'activité pour l'année 2012 est donc très importante avec un nombre moyen de dossiers par séances d'approximativement 27,5.

Activité 2012	Avis rendu	Alinéa 3 AF	Alinéa 3 AD	Alinéa 4 AF	Alinéa 4 AD
Régime général	**2543**	1063	1276	47	157
Régime agricole	**22**	7	3	5	7
Autres régimes	**73**	57	8	1	7
Total	**2638**	**1127**	**1287**	**53**	**171**
		2414		**224**	

Tableau 1 : Détails de l'activité globale du CRRMP N-PdC-P pour l'année 2012

Le tableau 1 détaille l'activité du CRRMP N-PdC-P pour l'année 2012, en fonction du régime de salariés concernés et du motif de saisine en « alinéa 3 ou 4 ».

L'essentiel des avis concernent les pathologies présentées au titre de l'« alinéa 3 » avec 2414 décisions.

Le reste des avis concernent logiquement les saisines au titre de l'« alinéa 4 » avec 224 décisions.

Le nombre d'AF est proportionnellement plus important pour les cas jugés en « alinéa 3 », soit dans 46,7% des décisions (n=1127), que pour ceux concernant l'« alinéa 4 », avec 23,7% des décisions (n=53).

Ainsi, plus des trois quarts des avis en « alinéa 4 » sont défavorables (n=171) pour seulement un peu plus de la moitié des avis en « alinéa 3 » (n=1287).

La proportion de dossiers étudiés par le comité N-PdC-P au titre de la MP n° 98 est de 8,4% (n=221) avec 47,0% de refus (n=104).

Activité 2012	Nombre de dossiers	AF	AD
MP n° 57A	442	179	263
MP n° 57B	554	288	266
MP n° 57C	766	244	522
MP n° 57D	11	6	5
MP n° 57E	14	1	13
Total	**1787**	**718** *(40,2%)*	**1069** *(59,8%)*

Tableau 2 : Détails des décisions du CRRMP N-PdC-P concernant le tableau de MP n°57 pour l'année 2012

Plus de la moitié des décisions du CRRMP N-PdC-P concernent le tableau de MP n° 57 avec 1787 avis rendus. Il s'agit quasi exclusivement des pathologies du membre supérieur (MP n° 57A, B et C) qui représentent 98,6% des dossiers de ce tableau (n=1762).

Les AD pour ce tableau sont majoritaires avec 1069 refus.

Le CRRMP N-PdC-P est composé de deux MIRT, trois médecins-conseils et 6 praticiens du SPPE. Le comité est assisté dans ses séances par les médecins-conseils rapporteurs et l'équipe administrative de la CPAM de Tourcoing où il siège habituellement.

1.5 Notre étude

Le cœur de l'activité du CRRMP, composé de membres médecins issus de l'enseignement universitaire en Santé Travail, de l'Inspection du Travail et de l'Assurance Maladie, est l'expertise du lien de causalité liant l'activité professionnelle à une lésion ou pathologie.

Le CRRMP est saisi par la CPAM et doit se prononcer sur le lien « direct » ou « direct et essentiel » qu'il peut y avoir entre la maladie de la victime et son activité professionnelle.

Si l'employeur ou la victime conteste la décision, le dossier est examiné en CRA, puis au niveau du TASS, si une solution amiable n'est pas possible.

Le TASS doit dans ce cas saisir un deuxième comité qui rend à son tour un avis. Le TASS, à la lumière des avis du premier et deuxième CRRMP, et des éléments du dossier en sa possession, rend une décision.

Il peut suivre les avis des CRRMP, ou rendre une décision autre, qu'il argumente. La contestation d'une décision d'un CRRMP par l'employeur ou la victime entraîne ainsi réglementairement le passage devant au minimum deux CRRMP.

Le Guide pour les CRRMP recommande que lorsque l'avis d'un comité est demandé à la suite de la décision d'un TASS ou d'une CA, le secrétariat du CRRMP saisi en dernier lieu, prenne contact avec le secrétariat du premier comité qui a formulé l'avis initial afin de l'informer du recours et d'obtenir, le cas échéant, les éléments qui ont motivé son avis (17).

Le secrétariat d'un CRRMP, dont la décision a été contestée, est ainsi averti qu'un autre CRRMP doit se prononcer suite à la saisine du TASS (ou d'une CA) et peut en conséquence lui fournir les éléments du dossier susceptibles de l'aider dans sa prise de décision. Néanmoins, c'est bien le secrétariat du CRRMP qui est averti et non directement les trois membres du CRRMP qui se sont prononcés initialement sur le dossier.

Les informations évoluent donc à sens unique, du CRRMP vers les instances juridiques, sans qu'un retour direct puisse opérer auprès des trois médecins qui ont motivé leur avis initial.

Le TASS ou la CA informent par définition l'organisme de Sécurité Sociale des décisions finalement prises en lui adressant une copie du PV, néanmoins, ces documents sont conservés et archivés dans le service médical dont dépend le dossier initial. Ces documents confidentiels ainsi archivés n'ont pas vocation à être diffusés ou déplacés.

Notamment pour le CRRMP N-PdC-P, les membres se réunissent exclusivement dans l'enceinte de la CPAM de Tourcoing et n'ont donc pas matériellement accès aux archives de tous les autres CPAM de la région N-PdC-P.

Les membres du CRRMP, pourtant décisionnaires, sont très difficilement en capacité d'être avertis d'une éventuelle contestation, et n'ont également pas accès aux conclusions du deuxième CRRMP, ni à celles du TASS, avant ou après la saisine de ce dernier.

Par ailleurs, les délais entre les prises de décisions des tribunaux s'étendent sur plusieurs mois, voire des années, et nous l'avons vu, le nombre de dossiers traités par les CRRMP augmente continuellement.

Le contexte n'est donc absolument pas propice au feedback vers le CRRMP qui se prononce en premier lieu.

Les membres du CRRMP peuvent très difficilement connaitre l'issue de la procédure et l'argumentaire des instances contentieuses (TASS, Cour d'Appel (CA)), et n'ont donc pas la possibilité de se critiquer sur le fond ou la forme des décisions prises.

Sur saisine du TASS ou de la CA, le CRRMP N-PdC-P rend régulièrement des avis alors qu'un autre CRRMP s'est déjà prononcé sur la question.

La situation s'est par exemple produite 65 fois au cours de l'année 2011 (29).

A cette occasion, le comité a accès au PV de la première décision, ainsi qu'au dossier. Tout en se prononçant dans ce contexte, les membres du comité N-PdC-P s'interrogeaient parfois sur leurs propres décisions qui avaient pu être, elles aussi, contestées et examinées par un autre CRRMP.

Néanmoins, ces interrogations restaient sans suite car comme nous l'avons vu, le premier avis d'un CRRMP est rendu à sens unique à destinée des instances juridiques et le feedback est très difficile en pratique courante, car complexe.

Afin d'apporter des réponses à cette problématique d'absence de retour d'information, il nous est apparu pertinent d'étudier l'articulation d'une procédure de contestation dans sa globalité, à la lumière des PV du CRRMP rendant la décision originale, mais également à partir des PV des seconds comités missionnés par le TASS, ainsi que des décisions de ce dernier.

Afin d'explorer les suites contentieuses des décisions prises par le CRRMP N-PdC-P, un projet de recherche au travers d'une convention a été conclu entre le SPPE du CHRU de Lille et le Service Médical Régional N-PdC-P de la CNAMTS (Cf Annexe B page 111 : Copie de la convention du travail de recherche).

Il nous a ainsi été permis de consulter, dans le respect de la déontologie médicale et de la confidentialité des informations nominatives, les dossiers de demande de reconnaissance en MP, examiné par le CRRMP N-PdC-P, dont les décisions avaient fait l'objet d'un recours devant le TASS (voire la CA).

Nous avons pu accéder à ces données en tant que stagiaire à la Direction Régionale du Service Médical (DRSM) N-PdC-P, sous l'autorité du Directeur Régional du Service Médical N-PdC-P de la CNAMTS, le Docteur Bruno Delforge.

Le travail a été codirigé par deux membres du CRRMP N-PdC-P, le Docteur Philippe Petit, Médecin-conseil Chef de service à la DRSM N-PdC-P, et le Professeur Sophie Fantoni-Quinton, Professeur des Universités - Praticien hospitalier du SPPE du CHRU de Lille.

1.5.1 Objectif principal

Notre travail a pour objectif principal d'étudier, par une analyse descriptive, les recours contentieux effectués auprès des TASS, ainsi que leur issue, dans les suites d'une décision du CRRMP N-PdC-P (reconnaissance ou non de la MP déclarée par l'assuré in fine).

1.5.2 Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude sont :

- De confronter les décisions des CRRMP avant et après saisine du TASS ;
- D'examiner le délai des procédures contentieuses ;
- D'examiner les raisons d'une éventuelle divergence entre deux CRRMP saisis ;
- D'examiner l'analyse que font les TASS et CA des décisions des CRRMP ;
- D'apporter une base de réflexion aux CRRMP dans la possible amélioration du contenu rédactionnel des avis;
- D'envisager des pistes de réflexion et d'amélioration du contentieux du système complémentaire de reconnaissance des MP à la lumière des données recueillies.

2. MATÉRIEL ET MÉTHODE

Nous avons réalisé une étude rétrospective, qualitative et quantitative, sur le devenir des décisions du CRRMP N-PdC-P, rendues dans le cadre de l'alinéa 3 et 4 de l'article L. 461-1 du CSS, pour lesquelles il y a eu une suite contentieuse.

2.1 Contenu des dossiers retenus pour l'étude

Le CSS prévoit qu'en cas de litige sur la reconnaissance d'une MP (« alinéa 3 et 4 ») les décisions médicales et les jugements s'articulent les uns à la suite des autres (Article R. 142-24-2).

Pour étudier dans un ordre logique et réglementaire la procédure contentieuse dans sa globalité, il nous a fallu recueillir les documents permettant d'analyser chaque étape de cette dernière.

Ont ainsi été étudiés systématiquement pour chaque dossier instruit :

- La fiche récapitulative d'instruction du dossier de MP ou « fiche colloque » ;
- Le PV du premier CRRMP (comité N-PdC-P) ;
- Le jugement « avant dire droit » du TASS fixant la mission du deuxième CRRMP ;
- Le PV du deuxième CRRMP (comité d'une autre région) ;
- Le jugement « sur le fond » du TASS et éventuellement l'arrêt de la CA.

2.2 Choix des dossiers retenus pour l'étude

Ont été retenus pour ce travail les dossiers de déclaration de MP ayant conduit à la saisine d'un deuxième comité par le TASS après un avis initial du CRRMP N-PdC-P en « alinéa 3 et 4 ».

Notre travail nécessitait l'examen de procédures contentieuses « complètes » (à minima deux PV de CRRMP et deux jugements du TASS).

Préalablement à l'étude, il nous a donc fallu examiner les délais s'écoulant entre les décisions des comités et des tribunaux afin de ne pas sélectionner des dossiers pour lesquels le TASS ou le deuxième CRRMP ne se seraient pas encore prononcés.

Après lecture de quelques dossiers, nous avons constaté qu'approximativement le délai maximum entre la déclaration de MP et la conclusion du TASS était de 2 ans, et qu'il s'écoulait environ la même durée entre cette conclusion et celle de la Chambre sociale de la CA.

La durée maximum « estimée » d'une procédure contentieuse « complète » pour notre étude était donc de 4 ans.

Le recueil des données ayant été programmé pour l'année 2011, nous avons donc choisi d'inclure dans l'étude les dossiers dont la MP avait été déclarée au cours des années 2005, 2006 et 2007.

Le nombre de dossiers de MP attendus, compte tenu du faible taux de contestation de ces décisions rapporté à l'échelle des trois années sélectionnées pour notre étude, était de 30 à 40 dossiers.

2.3 Recueil des données au niveau régional

La CARSAT N-PdC-P est sous divisée en 9 secteurs (Aisne, Artois, Côte d'Opale, Flandres, Hainaut, Lille-Douai, Oise, Roubaix-Tourcoing et Somme) au sein desquels on retrouve une ou plusieurs CPAM. Chaque CPAM dispose d'un ELSM (figure 3 page 47).

Afin de respecter la confidentialité et l'archivage local des dossiers au sein de son secteur d'origine, il a été décidé que les dossiers seraient consultés sur place.

A la demande de la DRSM, chaque ELSM a préparé les dossiers répondant à nos critères de sélection et les a tenus à la disposition de l'enquêteur.

Pour limiter le nombre de site à visiter, les dossiers de l'étude ont été rassemblés au sein d'un même ELSM pour chaque secteur.

Afin de faciliter la prise de rendez-vous et la consultation des dossiers de notre étude, un contact, médecin ou secrétaire, a été désigné pour nous guider au sein de chaque secteur.

Nous avons ainsi consulté les dossiers sélectionnés pour l'étude au sein des ELSM d'Amiens, Armentières, Boulogne-sur-Mer, Lens, Lille, Roubaix, Saint-Quentin et Valenciennes.

Nous ne nous sommes pas rendus dans le secteur de l'Oise car il n'y avait pas de dossiers répondant à nos critères de sélection.

Certains sites ont été visités une seconde fois afin de récupérer les pièces manquantes à certains dossiers.

Les données ont été recueillies entre le premier trimestre 2011 et le premier trimestre 2012.

Figure 3 : ELSM de la région N-PdC-P, répartis par secteur.
(Source : http://www.servicemedicalnordpicardie.fr).

2.4 Grille de lecture des dossiers

Lors de l'échantillonnage initial des dossiers nous ayant permis de ne retenir que les dossiers de MP déclarées en 2005, 2006 et 2007, nous permettant ainsi d'observer des procédures contentieuses « complètes », nous avons attentivement étudié les dossiers afin de retenir les critères qui seraient utiles et nécessaires à notre travail.

Afin de faciliter l'exploitation ultérieure des dossiers retenus, nous avons élaboré une grille de lecture permettant d'organiser le recueil de données en respectant l'ordre chronologique des procédures et ainsi l'enchainement réglementaire de ces dernières (Cf Annexe C page 114 : Grille de lecture du travail de recherche sur le devenir du contentieux des CRRMP).

Certaines informations ont été recueillies telles quelles, d'autres ont nécessité une analyse ou une interprétation.

Les informations ont été réparties en trente items (de A à Z puis AA, AB, AC et AD).

2.4.1 Données objectives sur la déclaration de la MP (items A à D)

Concernant la déclaration de la MP, les informations objectives suivantes ont été recueillies :

- Le numéro de MP ou la désignation de la maladie déclarée en Alinéa 4 (item A) ;
- La date de la déclaration de la MP (item B) ;
- La date de départ du délai d'instruction du dossier (item C) ;
- Le ou les motifs de saisine du CRRMP (DDPC, HLLT, DER, Alinéa 4) (item D).

2.4.2 Données objectives sur les CRRMP (items E à H, O à R, et U)

Concernant les décisions des CRRMP, les informations objectives suivantes ont été recueillies :

- La date de la décision du premier CRRMP (N-PdC-P) (item E) ;
- L'existence d'une demande de sursis par le premier CRRMP, si oui, la date de la décision après sursis (item F) ;
- L'avis du premier CRRMP in extenso (item G) ;
- La décision du premier CRRMP (reconnaissance ou non de la MP) (item H) ;

- La date de la décision du deuxième CRRMP (item O) ;
- La région d'exercice du deuxième CRRMP (item P) ;
- La décision du deuxième CRRMP (reconnaissance ou non de la MP) (item Q) ;
- L'avis du deuxième CRRMP in extenso (item R) ;
- L'altérité de l'avis du deuxième CRRMP vis-à-vis du premier (item U).

2.4.3 Données objectives sur les jugements (items J à L, N, W, X, AA, AB et AC)

Concernant les jugements du TASS ou les arrêts de la CA, les informations objectives suivantes ont été recueillies :

- L'auteur de la contestation (salarié ou employeur) (item J) ;
- La date du jugement « avant dire droit » du TASS (item K) ;
- La décision du jugement « avant dire droit » du TASS (reconnaissance ou non de la MP, ou nomination d'un second CRRMP) (item L) ;
- La mission confiée par le TASS au second CRRMP (établissement d'un lien direct, d'un lien sans précision ou nomination sans mission précise) (item N) ;
- La date du jugement « sur le fond » du TASS (item W) ;
- La décision du jugement « sur le fond » du TASS (reconnaissance ou non de la MP) (item X) ;

- L'existence d'une contestation de la décision du jugement « sur le fond » du TASS (item AA) ;
- La date de la décision de la CA (Item AB) ;
- La décision de la CA (reconnaissance ou non de la MP) (item AC).

2.4.4 Données subjectives « selon notre analyse » (items I, M, S, T, Y, Z et AD)

Nous avons analysé ou interprété les données suivantes :

- La motivation du PV du premier CRRMP (rappel du ou des motifs de saisine, motivation détaillée de la décision selon ce ou ces motifs) (item I) ;
- L'analyse par le TASS de l'avis du premier CRRMP dans son jugement « avant dire droit » (avis clair et non équivoque, « au-delà » de la mission, ou aucune analyse) (item M) ;
- La réponse du second CRRMP à la mission du TASS (réponse à la mission, « au-delà » ou « à coté ») (item S) ;
- La motivation du PV du second CRRMP et sa précision vis-à-vis de celle du premier CRRMP (motivation détaillée, précision de la décision inférieure, équivalente ou supérieure) (item T) ;
- La motivation du jugement « sur le fond » du TASS (motivation claire et non équivoque du second CRRMP à l'occasion d'un élément nouveau ou d'une précision, ou motivation cohérente du second CRRMP vis-à-vis du premier, sans élément nouveau) (item Y) ;
- L'analyse par le TASS des motivations du CRRMP (avis clair et non équivoque, « au-delà » de la mission, ou aucune analyse) (item Z) ;
- L'adéquation entre l'avis du premier CRRMP et la décision finale de l'instance contentieuse (position initiale confortée ou décision du premier CRRMP infirmée pour un problème de forme ou de fond) (item AD).

2.5 Analyse des données

Nous avons pris conseil pour l'exploitation des résultats auprès d'un ingénieur chargé d'études statistiques du Pôle Santé Publique du CHRU de Lille.

S'agissant d'une étude descriptive, qualitative et quantitative, les résultats ont été décrits pour les variables qualitatifs par leur fréquence (n) et leur pourcentage arrondis à la première décimale dans certains cas, pour les variables numériques, par leur médiane et leur étendue (minimum et maximum).

Les données recueillies au travers de notre grille de lecture (Annexe C) ont été saisies dans un tableau EXCEL® afin de permettre leur exploitation. Certains croisements d'informations ont été opérés par l'utilisation de tableaux croisés dynamiques.

Afin d'illustrer les problématiques de divergence d'avis entre la décision initiale du CRRMP et la décision finale du second CRRMP ou du tribunal, nous avons rapporté chaque étape de la procédure contentieuse en détails pour trois situations, M1, M2 et M3, au moyen de monographies (Annexe D page 116).

3. RÉSULTATS

Après sélection, nous disposons de 30 dossiers de MP répondant à nos critères de recherche (procédure contentieuse « complète » en « alinéa 3 ou 4 » comportant deux avis successifs d'un CRRMP et à minima deux jugements (« avant dire droit » puis « sur le fond ») du TASS, associée à une MP déclarée en 2005, 2006 ou 2007).

Trois assurés présentant des pathologies bilatérales pour un même tableau pour lesquelles deux déclarations distinctes avaient été faîtes initialement, à la même date et pour lesquelles le CRRMP N-PdC-P s'était prononcé par deux fois le même jour en « alinéa 3 », ont vu leurs deux dossiers être regroupés en un seul cas, car le TASS, puis le second CRRMP, ont dans les suites statué sur une seule requête contentieuse.

Certaines déclarations de MP de l'étude désignaient initialement une pathologie bilatérale, elles ont également été traitées comme représentant un unique cas pour l'étude.

A l'inverse, un assuré ayant déclaré deux MP distinctes en « alinéa 4 », pour lesquelles deux procédures contentieuses distinctes avaient été menées, a été étudié comme représentant deux cas.

Nous avons donc dans notre étude 27 cas s'intéressant à 26 assurés et 30 déclarations de MP ayant entraîné un contentieux dans les suites du premier avis du CRRMP N-PdC-P en « alinéa 3 ou 4 ».

Nous précisons que tous les avis des CRRMP de cette étude ont bien été rendus par 3 membres comme le prévoit le CSS.

3.1 Description de la population de l'étude

3.1.1 Le sexe

Sur les 26 assurés de l'étude, on retrouve une prédominance masculine avec 15 hommes contre 11 femmes.

3.1.2 Le secteur géographique d'origine

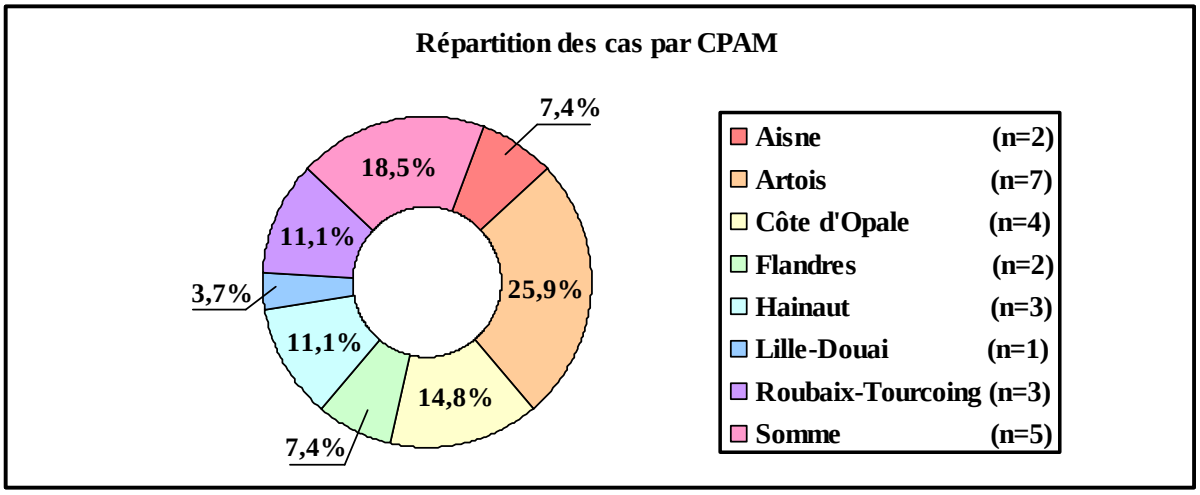

Figure R1

La figure R1 représente la fréquence et le pourcentage des cas de l'étude en fonction de leur provenance géographique (à noter qu'aucun dossier du secteur de l'Oise n'a été retenu).

Les secteurs de l'Artois (n=7), de la Côte d'Opale (n=4) et de la Somme (n=5), représentent à eux seuls plus de la moitié des cas de l'étude.

3.1.3 Les motifs de saisine

	Tous motifs	« Alinéa 4 »	« Alinéa 3 »			
			DPC	HLLT	DPC + HLLT	DER
2005	**9**	2	1	4	2	0
2006	**11**	0	5	6	1	0
2007	**7**	1	1	2	2	0
Total	**27**	**3**	**7**	**12**	**5**	**0**

Tableau T1 : Répartition des motifs de saisine du CRRMP N-PdC-P par type et année de déclaration de la MP.

Le tableau T1 reprend les motifs de saisine de l'étude en fonction de leur typologie et de l'année de déclaration de la MP.

Le nombre de dossiers pour l'année 2006, soit 11 cas, prédomine discrètement celui des années 2005 et 2007, avec respectivement 9 et 7 cas,

La majorité des cas est représentée par des saisines en « alinéa 3 ». On retrouve notamment 7 dossiers présenté pour un DDPC, 12 pour une activité HLLT et 5 pour conjointement un DDPC et une activité HLLT.

La saisine du CRRMP est donc majoritaire pour les activités HLLT. A noter qu'aucun cas de DER non satisfaite n'apparait dans cette étude.

Les saisines en « alinéa 3 » représentent donc 24 cas, et celles en « alinéa 4 », minoritaires dans l'étude, 3 cas.

3.1.4 Répartition des cas en fonction du type de maladies déclarées

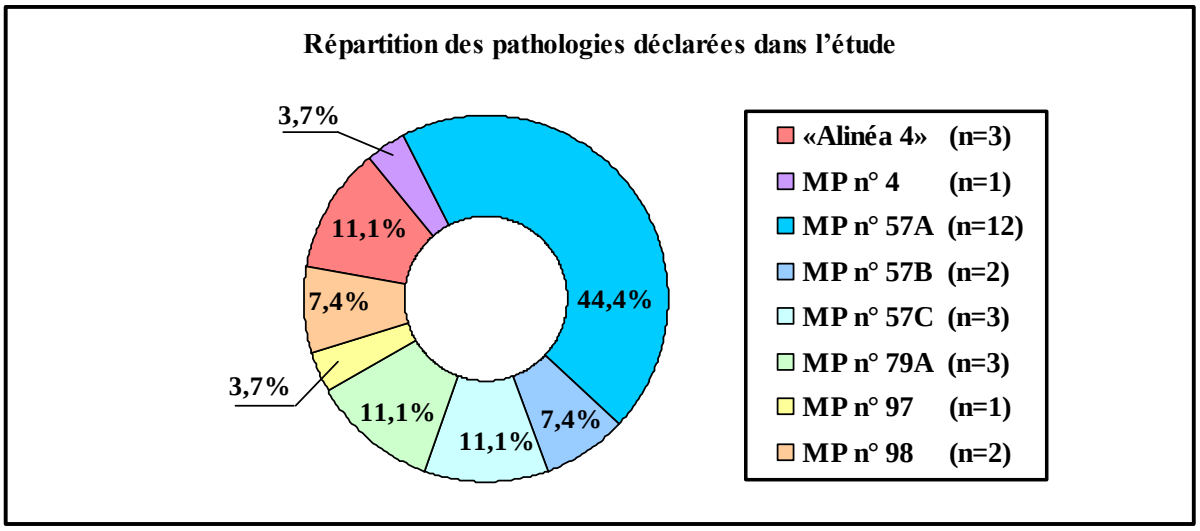

Figure R2

La figure R2 représente la répartition, en fréquence et pourcentage, des pathologies déclarées en « alinéa 4 » ou en fonction du tableau de MP pour l'« alinéa 3 ».

Les Troubles Musculo-Squelettiques (TMS) du membre supérieur (en 3 nuances de bleu sur la figure R2) sont nettement prédominants avec 12 MP n° 57A, 3 MP n° 57C et 2 MP n° 57B, soit au total 63,0% des pathologies déclarées (n=17).

Dans le détail, on retrouve 10 cas d'« épaule douloureuse simple », 2 cas d'« épaule enraidie », 3 syndromes du canal carpien, 1 cas de syndrome de la gouttière épitrochléo-olécranienne et 1 cas d'épicondylite.

Les affections chroniques du rachis lombaire (MP n° 97 et 98), les affections chroniques du ménisque (MP n° 79A) et les pathologies déclarées en « alinéa 4 » sont également représentées, avec 3 cas à chaque fois.

Un unique dossier de pancytopénie concerne le tableau de MP n° 4 (pathologie qui évoluera par la suite en leucémie myéloblastique aigüe).

Non détaillées dans la figure R2, les trois pathologies déclarées en « alinéa 4 » correspondent respectivement à une coxarthrose bilatérale, une arthrose lombaire et une insuffisance respiratoire chronique.

3.2 Libellé des PV du CRRMP N-PdC-P

3.2.1 Décisions rendues par le CRRMP N-PdC-P

Dans cette étude le CRRMP N-PdC-P a rendu un seul AF. Il s'est donc majoritairement prononcé en faveur de la non reconnaissance de la MP avec 26 AD, soit 96,3% des décisions.

Pour 3 dossiers, le comité N-PdC-P a demandé un sursis à statuer.

3.2.2 Rappel du motif de saisine par le CRRMP N-PdC-P

Pour 21 de ses décisions, le CRRMP N-PdC-P a rappelé dans son PV le motif de saisine.

Ainsi logiquement dans 6 cas, le comité n'a pas rappelé le motif de saisine, dont 2 fois pour un double motif de saisine (activité HLLT et DDPC), et 4 fois pour une saisine pour une activité HLLT.

Le comité a donc toujours rappelé dans son PV le motif de saisine en cas de DDPC ou de dossiers étudiés en « alinéa 4 ».

3.2.3 Motivation de l'avis du CRRMP N-PdC-P

Le CRRMP N-PdC-P a toujours motivé son avis pour les motifs de saisine unique, soit pour les dossiers l'interrogeant sur un DDPC, une activité HLLT ou les maladies en « alinéa 4 ».

Dans les 5 cas où le comité N-PdC-P a été simultanément saisi pour deux motifs (activité HLLT et DDPC), le comité N-PdC-P a toujours omis de motiver sa décision concernant l'un des deux motifs de saisine, dont 4 omissions pour le DDPC et une pour l'activité HLLT.

A une seule occasion, uniquement saisi pour un dossier en DDPC, le comité N-PdC-P est allé « au-delà » de sa mission en prononçant un AD en se basant également sur une activité qui ne respectait pas selon lui la liste limitative des travaux.

Le refus a ainsi été motivé par l'important DDPC mais aussi et surtout par une activité HLLT.

Ainsi, selon nous, 21 avis rendus par le CRRMP N-PdC-P ont complètement répondu aux motifs de saisine de la CPAM (soit dans 77,8% des cas). La réponse a été partielle pour 5 cas et « au-delà » du motif de saisine pour 1 cas.

3.3 Les jugements « avant dire droit » du TASS

3.3.1 Auteur de la contestation

Les auteurs de la contestation ayant entrainé l'examen de leur dossier par le TASS sont quasi exclusivement des salariés avec 26 cas. Une unique contestation émane d'un employeur.

3.3.2 Décision du TASS

Le TASS dans ses jugements « avant dire droit » n'a quasiment jamais pris de décision sur la reconnaissance de la MP (n=26), sauf à une seule occasion.

Il a dans ce cas suivi le CRRMP N-PdC-P dans son AD et n'a pas reconnu la MP (la contestation dans les suites devant la chambre sociale de la CA entrainera la nomination, comme l'impose le CSS, d'un second comité).

Le TASS a donc nommé 26 fois (soit 96,3% des situations) un second CRRMP comme le prévoit l'article R.142-24-2 du CSS.

3.3.3 Point de vue du TASS sur l'avis du premier CRRMP

Dans ses jugements « avant dire droit », le TASS n'a pas analysé l'avis du CRRMP N-PdC-P pour 18 de nos dossiers.

Dans 7 cas, le TASS a estimé que le CRRMP N-PdC-P avait eu un avis clair et non équivoque. Dans les 2 cas restants, le TASS a considéré qu'il avait eu un avis « à coté » ou « au-delà » de la mission (en ne prenant pas en compte un courrier de spécialiste attestant d'une gestuelle contraignante dans l'activité professionnelle dans le premier cas, et en répondant à une activité HLLT pour un dossier étudié pour DDPC dans l'autre)

3.3.4 Mission confiée par le TASS au second CRRMP

Le TASS a nommé un second CRRMP à 26 reprises :

- Dans 22 cas, il a indiqué qu'il attendait un avis motivé sur un lien direct entre l'activité professionnelle de l'intéressé et la pathologie déclarée ;

- Dans 3 autres cas, il s'est « contenté » de missionner le second comité pour rendre un avis sur le lien, sans autres précisions ;

- Dans le dernier cas, il a questionné spécifiquement le second CRRMP sur le non respect du DPC.

3.4 Libellé des PV des seconds CRRMP

3.4.1 Région d'exercice des seconds CRRMP

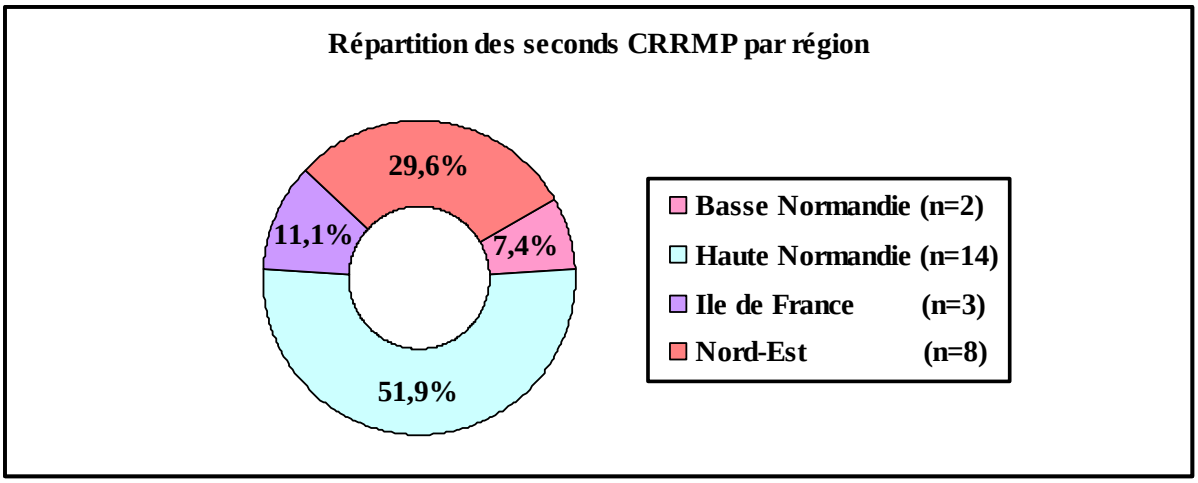

Figure R3

La figure R3 représente la répartition par région d'exercice des seconds CRRMP nommés par le TASS ou la CA.

La Normandie est majoritaire avec 59,3% des seconds avis (n=16) avec respectivement 14 pour la Haute Normandie et 2 pour la Basse Normandie.

Le CRRMP de la région Nord-Est a rendu 8 seconds avis. Celui de la région Ile de France, minoritaire dans l'étude, en a rendu 3.

3.4.2 Décisions rendues par les seconds CRRMP

Les seconds CRRMP ont rendu 9 AF. Ces décisions favorables interviennent :

- 1 fois suite à un AF initial (CRRMP N-PdC-P) maintenu par le second CRRMP (dans les suites d'un recours employeur) ;

- 8 fois dans les suites de refus initiaux de reconnaissance de MP (CRRMP N-PdC-P) infirmés par le second CRRMP (dans les suites de recours des salariés).

Il y a ainsi 18 AD prononcés par les seconds CRRMP.

3.4.3 Réponse des seconds CRRMP à la mission du TASS

D'après notre analyse, les seconds CRRMP ont majoritairement répondu à la mission confiée par le TASS, ou la CA, en rendant un avis motivé sur le « lien sans précision » ou le « lien direct ».

Ainsi, dans 26 cas, l'avis rendu par les seconds CRRMP a répondu à la mission du tribunal qui souhaitait connaitre le lien direct ou le lien sans précision entre la pathologie incriminée et l'activité professionnelle.

Une unique fois, le second CRRMP a répondu « au-delà » de la mission du TASS, qui l'interrogeait spécifiquement sur un DDPC, en motivant un refus de reconnaissance de MP car l'activité ne respectait pas selon lui la liste limitative des travaux du tableau de MP n° 57C.

A cette occasion, le second CRRMP avait pourtant répondu à la mission spécifique du TASS sur le DDPC en reliant à la pathologie incriminée un élément de l'histoire clinique antérieur à la déclaration, supprimant de facto la condition inhérente au DDPC du dossier.

Il n'a ainsi pas motivé sa réponse à partir de la prise en compte d'un arrêt maladie qu'il relie à la pathologie incriminée, et qui donc annule le DDPC, mais à partir d'une activité selon lui ne respectant pas la liste limitative des travaux (ce qui justifie son AD).

3.4.4 Divergence d'avis entre les premiers et seconds CRRMP

Comme nous l'avons vu, les seconds CRRMP ont infirmé les refus initiaux du CRRMP N-PdC-P à 8 reprises.

Ces divergences d'avis ont été par 7 fois liées à une analyse différente.

Dans le dernier cas, la divergence portait sur la présence d'un élément nouveau dans l'analyse du dossier par le second comité.

3.4.5 Motivation de l'avis des seconds CRRMP

Les seconds CRRMP ont toujours motivé leur avis pour les motifs de saisine simple dans les cas d'une activité HLLT ou en « alinéa 4 ».

Concernant la saisine du second comité pour un DDPC (n=7), dans 4 cas, il a logiquement motivé son avis sur ce seul critère d'analyse.

Dans les 3 autres saisines pour DDPC, le CRRMP n'a pas selon nous motivé sa réponse sur ce seul critère :

- Tout d'abord, le second CRRMP a répondu « au delà » de sa mission en motivant malgré tout un AD en raison d'une activité HLLT pour laquelle il n'était pas missionné, tout en répondant néanmoins à la mission spécifique du TASS, en rattachant un élément clinique antérieur qui annulait le DDPC sur lequel on l'interrogeait ;

- Une autre fois le second CRRMP a justifié en plus du DDPC, d'une activité antérieure HLLT. Il a de nouveau été « au-delà » de sa mission ;

- Dans le dernier cas, le second CRRMP a également été « au-delà » de sa mission en argumentant son AD sur l'existence d'une pathologie autre (« hernie cervicale patente » dans le cas d'une déclaration d'« épaule douloureuse simple ») et n'a donc pas justifié le DDPC.

Dans les 5 cas où il a été simultanément saisi pour 2 motifs (activité HLLT et DDPC), le second CRRMP a motivé par deux fois sa décision pour les 2 motifs.

Dans ces mêmes cas, il a par deux fois omis de motiver le DDPC alors qu'il avait motivé l'activité HLLT. A l'inverse, dans un cas, il a motivé le DDPC et non l'activité HLLT.

Dans 3 cas de saisine « double » le second comité a donc omis de justifier l'un des deux motifs.

Ainsi, selon nous, 21 avis rendus par les seconds comités ont complètement répondu aux motifs de saisine initiaux (soit 77,8% des situations).

Ils n'ont donc pas « strictement » répondu aux motifs de saisine initiaux dans 6 cas, 3 fois en ne répondant que partiellement à un seul des deux motifs de double saisine, 2 fois en répondant à un autre motif pour lequel ils n'étaient pas interrogé, et 1 fois en ne répondant pas au motif de saisine mais en justifiant de l'absence de MP par l'existence d'une autre pathologie.

3.4.6 Précision du second CRRMP vis-à-vis du CRRMP N-PdC-P

Dans 21 cas, la précision de l'avis rendu par le second comité a été selon nous supérieure à celle du premier avis. Dans les 6 cas restants, la précision a été équivalente.

3.5 Les jugements « sur le fond » du TASS

3.5.1 Décision du TASS

Le TASS a rendu 25 décisions au travers de ses jugements « sur le fond ». Dans les 2 cas restants, il n'y a pas eu de deuxième jugement par le TASS.

Pour l'un, le salarié auteur de la contestation s'est rétracté après qu'un second CRRMP se soit prononcé, mais avant la fin de la procédure.

Pour l'autre, le TASS n'avait initialement pas nommé un second CRRMP, sa décision a été censurée par la CA qui a nommé cet autre comité.

On retrouve ainsi 10 AF et 15 AD dans les jugements « sur le fond » du TASS.

Ces 10 AF du jugement « sur le fond » du TASS correspondent à :

- L'AF initialement prononcé par le CRRMP N-PdC-P (confirmé par le second CRRMP) ;

- 7 des 8 AF du second CRRMP pour lesquels le comité N-PdC-P avait initialement émis un AD (dans le 8ème cas, la victime a abandonné les poursuites, le TASS n'a donc pas finalement pris de décision « sur le fond ») ;

- La situation où les 2 comités, bien que saisis pour un DDPC, s'étaient prononcés « au-delà » de leur mission sur une activité HLLT (le second comité s'était déjugé en neutralisant le DDPC sur lequel on l'interrogeait spécifiquement, par la prise en compte d'un élément de l'histoire clinique révisant la chronologie du dossier) ;

- un cas dans lequel les deux comités s'étaient prononcés conjointement par un AD pour une activité HLLT et pour lequel Le TASS a réinterprété les données d'une enquête menée sur l'activité professionnelle.

L'avis du second CRRMP n'a pas été suivi par le TASS dans son jugement « sur le fond » uniquement dans ces deux derniers cas.

3.5.2 Point de vue du TASS sur l'avis des CRRMP

L'avis du second CRRMP a donc été suivi dans 23 cas par le TASS dans ses décisions finales.

Dans ses 25 décisions en jugement « sur le fond », le TASS a considéré une unique fois que les comités avaient été « au-delà » de leur mission en les déjugeant, il s'agit du dossier pour lequel les comités se sont également prononcés sur une activité HLLT alors qu'on les interrogeait uniquement sur le DDPC.

Pour le reste de ses avis « sur le fond », le TASS a considéré une fois sur deux que les avis des deux comités étaient cohérents l'un avec l'autre (n=12) et a ainsi motivé sa décision au travers de ces deux avis.

Dans une de ces situations il a néanmoins réinterprété une enquête en infirmant la décision unanime d'AD des comités (la CA rétablira l'AD par la suite, se basant finalement sur l'argumentaire des avis successifs des comités).

Pour l'autre moitié des avis « sur le fond » (n=12), le TASS a considéré que le second CRRMP avait apporté une motivation claire et non équivoque dans son avis, à la lumière d'une précision ou de la prise en compte d'un élément nouveau. Le TASS a dans ces cas-là basé son argumentaire sur le seul avis du second comité.

Dans les 24 situations où le TASS s'est basé sur les décisions des comités pour statuer, il a dans la moitié des cas conjointement pris en compte dans sa motivation les avis des deux comités, et dans l'autre moitié, il ne s'est basé que sur l'avis du second CRRMP.

3.6 Les arrêts de la CA

Le jugement « sur le fond » du TASS a été contesté 4 fois dans notre étude. Par ailleurs, pour un dossier, le TASS n'a pas initialement nommé un second CRRMP et son jugement a été contesté.

Il y a donc eu 5 dossiers de notre étude pour lesquels la CA s'est prononcée.

Dans la situation où le TASS n'avait pas nommé un second CRRMP, la CA a censuré sa décision et a demandé un second avis médical auprès d'un autre comité. Lors d'une seconde séance, la CA a motivé sa décision en suivant l'argumentaire du second CRRMP qui avait néanmoins analysé différemment les éléments du dossier vis-à-vis du CRRMP N-PdC-P.

Dans les 4 situations où la décision du TASS ayant nommé un second CRRMP a été contestée, la CA n'a pas infirmé la décision pour 3 cas.

Dans le dernier cas, la CA a infirmé la décision du TASS qui, bien que reconnaissant l'argumentaire cohérent des deux comités missionnés ayant rendu un AD, avait tout de même réinterprété une enquête en donnant raison à la victime.

Ainsi, dans tous les cas où la CA s'est prononcée sur ces dossiers (n=5), l'argumentaire du second CRRMP a été respecté et elle a adopté la même décision que ce dernier.

3.7 Délais entre les étapes de la procédure

Durée (jours)	Délai entre la déclaration de MP et l'instruction du dossier (n=27)	Délai entre l'instruction du dossier et le premier avis du CRRMP (n=26)	Délai entre le premier avis du CRRMP et le premier jugement du TASS (n=27)	Délai entre le premier jugement du TASS et le second avis du CRRMP (n=26)	Délai entre le second avis du CRRMP et le jugement « sur le fond » du TASS (n=26)	Délai entre le jugement « sur le fond » du TASS et l'arrêt de la CA (n=4)	Délai total entre l'instruction du dossier et la décision finale du tribunal (n=27)
Minimum	2	112	180	36	22	337	713
Moyenne	44	186	525	183	159	392	1050
Médiane	**29**	**182**	**502**	**148**	**141**	**351**	**1131**
Maximum	132	344	967	627	292	529	1945

Tableau T2 : Récapitulatifs des délais entre les étapes de la procédure contentieuse

Le tableau T2 rassemble la durée des délais entre les étapes de la procédure contentieuse (en jours) pour ce qui est des minimums, moyennes, médianes et maximums.

On remarque notamment que la médiane du délai entre l'instruction du dossier et le premier avis du CRRMP est de 182 jours, soit un peu moins de 6 mois.

Sur cette période, un dossier n'a pas été pris en compte dans nos calculs, et donc dans ce tableau, car le délai n'était pas représentatif de la procédure réglementaire.

En effet, dans ce cas, la CPAM avait initialement rejeté la MP au motif de l'absence d'exposition. Après passage devant la CRA puis le TASS, ce dernier a requalifié la demande au titre de l'« alinéa 3 » et a donc missionné le CRRMP N-PdC-P pour statuer sur un DDPC. Il s'est écoulé 987 jours entre le départ de l'instruction et l'avis du premier comité dans ce cas précis.

Pour ces raisons, cette durée n'a pas été prise en compte dans l'analyse des délais de cette étape de la procédure.

Concernant les 26 autres dossiers pour lesquels l'instruction déclenchait directement la saisine d'un CRRMP, la moitié des cas a entrainé un délai inferieur à 6 mois entre ces deux échéances (comme l'impose le CSS).

La médiane du délai entre le premier avis du comité et le premier jugement du TASS « avant dire droit », de l'ordre de 502 jours, est nettement supérieure à celle du délai entre ce jugement et le second avis du CRRMP, de l'ordre de 148 jours.

La médiane du délai entre le second avis du CRRMP et le jugement « sur le fond » du TASS est un peu moins importante, de l'ordre de 141 jours.

La médiane du délai total de la procédure, entre le départ du délai d'instruction et le jugement final du tribunal, est de l'ordre de 1131 jours, soit un peu plus de 3 ans. La procédure s'est déroulée au maximum sur 1945 jours, soit un peu plus de 5 ans ; au minimum sur 713 jours, soit un peu moins de 2 ans.

3.8 Issue de la procédure

3.8.1 Confirmation et infirmation des avis des CRRMP

Au terme du contentieux, pour les 27 dossiers, l'avis du premier CRRMP a été confirmé 18 fois et infirmé 9 fois. L'avis du second CRRMP a été systématiquement suivi par le TASS à une exception près.

Les avis des 2 CRRMP ont divergé dans 8 cas, ce qui s'explique par une différence d'analyse sur le fond.

Ceci correspondait dans ces 8 situations (cas M2 à M9 en gris dans le tableau T3 page 70), à une saisine pour DDPC, deux saisines pour un double motif (activité HLLT et DDPC), et de 5 saisines pour une activité HLLT.

Les décisions de deux CRRMP, interrogés sur le même dossier présenté pour un DDPC, ont été infirmées une unique fois au terme de la procédure contentieuse (Cas M1 en bleu ciel dans le tableau T3).

3.8.2 Situations où l'avis du CRRMP N-PdC-P a été infirmé

cas	MP déclarée et motif de saisine	Motivation et avis du CRRMP N-PdC-P		Motivation et avis du second CRRMP		Origine de la divergence de motivation	Décision finale du tribunal
M1	MP n° 57C DDPC	Absence de lien direct : importance du DDPC et typologie des postures	AD	Absence de lien direct : annulation du DDPC en reliant une période d'arrêt maladie à la pathologie déclarée mais durée et typologie des postures hors tableau	AD	Réponse du second comité à la question précise du TASS sur le DDPC portant sur le lien entre un arrêt maladie antérieur et la pathologie incriminée	AF
M2	MP n° 98 HLLT	Absence de lien direct : respect des abaques prévus par l'INRS et typologie des postures	AD	Lien direct : fréquence et typologie des postures	AF	Analyse différente et détaillée de l'activité	AF
M3	MP n° 4 DDPC	Absence de lien direct : importance du DDPC concernant une pathologie aigüe (pancytopénie)	AD	Lien direct : exposition certaine au benzène jusqu'à une certaine date et évolution de la pathologie initiale	AF	Prise en compte d'une autre pathologie du tableau (leucémie aigüe myéloblastique) et décès de la victime	AF
M4	MP n° 57A DDPC et HLLT	Absence de lien direct : typologie des postures	AD	Lien direct : fréquence et typologie des postures	AF	Prise en compte de la morphologie de la victime et analyse différente et détaillée de l'activité	AF
M5	MP n° 57A HLLT	Absence de lien direct : fréquence et typologie des postures	AD	Lien direct : fréquence et typologie des postures	AF	Analyse différente et détaillée de l'activité	AF
M6	MP n° 79A HLLT	Absence de lien direct : typologie des postures	AD	Lien direct : fréquence et typologie des postures	AF	Analyse différente et détaillée de l'activité	AF
M7	MP n° 57A HLLT	Absence de lien direct : fréquence et typologie des postures	AD	Lien direct : typologie des postures	AF	Analyse différente et détaillée de l'activité	AF
M8	MP n° 57A HLLT	Absence de lien direct : fréquence et typologie des postures	AD	Lien direct : fréquence des postures	AF	Analyse différente de l'activité	AF
M9	MP n° 57B HLLT	Absence de lien direct : fréquence et typologie des postures	AD	Lien direct : fréquence des postures	AF	Analyse différente de l'activité	AF

Tableau T3 : Détails des 9 situations où l'avis du CRRMP N-PdC-P a finalement été infirmé

Dans les 9 situations où l'avis initial du CRRMP N-PdC-P a été infirmé, il s'agissait à 8 reprises d'un problème de fond (motivation différente du second CRRMP, cas M2 à M9 en gris dans le tableau T3), et à une reprise d'un problème de forme (comités ayant été « au-delà » de leur mission, cas M1 en bleu ciel dans le tableau T3).

Dans les deux tiers de ces cas, la pathologie concerne les TMS et touche le membre supérieur (n=6).

Dans les situations relevant d'un problème de fond, la divergence dans les avis provient essentiellement d'une analyse différente du second CRRMP (7 fois sur 8, notamment au niveau de la fréquence et de la typologie des postures). Ceci correspond purement à une divergence de point de vue du second comité.

La prise en compte d'éléments nouveaux (cas M3) n'intervient qu'une fois dans ces problèmes de fond.

3.9 Monographies illustrant trois divergences d'avis

Afin d'illustrer les situations où l'avis initial du CRRMP N-PdC-P a finalement été infirmé, nous avons rédigé une monographie concernant les cas M1, M2 et M3 précédemment exposés dans le tableau T3. Il convient de se référer à ces monographies pour disposer du texte intégral des avis successifs des comités et de détails pertinents des jugements des tribunaux (Cf Annexe D page 116 : Monographies M1, M2 et M3).

Dans le premier cas (M1), il s'agit du dossier pour lequel les deux comités se sont prononcés « au-delà » de leur mission sur une activité HLLT alors qu'on les interrogeait sur un DDPC. A la lumière des incohérences de justification des AD des CRRMP et en se basant sur la réponse du second CRRMP à la mission précise liée au motif de DDPC (lien entre un arrêt maladie antérieur à la déclaration de MP et la pathologie incriminée), le TASS rendra finalement un AF.

Il s’agit là du seul problème de forme de l’étude avec une divergence d’avis entre les comités et le tribunal.

Dans le second cas (M2), il s’agit d’un dossier pour lequel le second CRRMP n’a tout simplement pas eu la même analyse de l’activité que le premier. Le CRRMP N-PdC-P a demandé un sursis à statuer afin d’obtenir une enquête précise sur l’activité réelle du salarié et le second comité s’est pourtant bien également basé sur celle-ci. Le second CRRMP réinterprète les données de cette enquête et chiffre en détail l’activité, ce que le premier comité n’avait pas fait.

Il s’agit ici d’un problème de fond au motif d’une analyse purement différente des éléments d’un même dossier entrainant des avis divergents entre les CRRMP.

Dans le troisième et dernier cas (M3), il s’agit d’un dossier pour lequel le second CRRMP a du prendre en compte des éléments nouveaux, à savoir, l’évolution d’une pathologie morbide vers une pathologie mortelle, et malheureusement, le décès de la victime en cours de procédure.

Il s’agit pour finir d’un problème de fond où le second CRRMP a changé d’avis en devant prendre en compte des éléments que le premier comité n’avait pas initialement en sa possession lors de sa prise de décision. Le changement de positionnement paraît logique et justifié.

4. DISCUSSION

La reconnaissance des MP en France est un enjeu économique et social complexe qui pèse à lui seul 2,3 milliards d'euros en 2012, soit 35% des dépenses de la branche AT-MP de l'Assurance Maladie, pour une proportion de seulement 10% des sinistres pris en charge. Le nombre de nouvelles MP reconnues entre 2001 et 2012 a plus que doublé, passant de 24220 à 54015 cas. Ceci correspond à 49288 nouvelles victimes pour l'année 2012 (32).

Le nombre de MP reconnues par les CRRMP suit depuis plusieurs années la logique d'augmentation des MP reconnues au niveau national. Entre 2011 et 2012 le nombre de dossiers présentés aux CRRMP a augmenté de 18,3%, passant de 14934 à 17661 cas (32).

Au titre de l'« alinéa 3 » et en 2012, 16464 avis ont été rendus par les CRRMP, avec un taux de reconnaissance d'environ 47%. Ce taux est stable depuis une dizaine d'année. Les avis rendus en « alinéa 3 » correspondent à 93,2% de l'activité totale des CRRMP pour cette période (32).

Pour l'année 2012, 1197 dossiers ont été examinés par les CRRMP au titre de l'« alinéa 4 ». Ce chiffre a été multiplié par un facteur 1,8 entre 2007 et 2012. On retrouve un taux de reconnaissance d'environ 25% pour cette année. Les psychopathologies du travail et les cancers d'origine professionnelle sont majoritaires dans ces situations en « alinéa 4 » et correspondent respectivement à 225 et 338 dossiers étudiés, pour respectivement un taux de reconnaissance d'environ 45% et 18% (32).

Cette importante activité des CRRMP, qui n'a cessé d'augmenter ces dernières années, vient confirmer leur rôle crucial dans le dispositif actuel de reconnaissance des MP.

Toute décision prise par un CRRMP s'impose à la CPAM dont dépend initialement le dossier de MP. Cette décision est susceptible d'être contestée par la victime ou l'employeur. Il s'en suit dès lors un recours contentieux devant le TASS, voire la CA.

Les juges du fond de ces tribunaux doivent baser leurs décisions sur les avis rendus par les CRRMP. Les conclusions de ces instances n'étant pas toujours publiées et disponibles, il n'est pas possible d'étudier les problématiques découlant du déroulement de la procédure, ou du fond et de la forme des avis des CRRMP, et interférant dans la prise de décision de ces tribunaux.

Le CSS est précis sur cette thématique, et les arrêts de Cour de Cassation viennent, au travers de la jurisprudence qu'ils alimentent, régulièrement réaffirmer les modalités du déroulement de la procédure contentieuse, comme nous l'avons rapporté dans le chapitre [1.3], et éventuellement les compléter.

Il demeure qu'en pratique la Haute juridiction semble faire confiance à l'expertise des CRRMP, car on ne retrouve actuellement pas de jurisprudence définissant la pertinence, les fondements ou l'argumentation de ces derniers.

Comme le législateur n'a pas réglementairement prévu que les membres du CRRMP rendant l'avis initial puissent avoir accès aux contenus et aux issues des procédures, leur contentieux ne fait pas l'objet d'un retour d'information à ce comité qui, de ce fait, ne peut s'en inspirer sur un plan pédagogique.

Notre travail d'étude des recours contentieux effectués auprès des TASS, ainsi que leur issue, dans les suites de décisions du CRRMP N-PdC-P dégagera des pistes de réflexion et d'amélioration autour de cette problématique par un retour d'information auquel ce comité n'a pas encore eu accès.

Après avoir critiqué les objectifs, les forces et les limites de cette étude, nous discuterons de nos résultats en tâchant d'en retirer des éléments de réflexion sur l'éventuelle diminution du contentieux et sur l'optimisation du fonctionnement global des CRRMP.

4.1 Choix des objectifs de notre étude

Ce travail a été guidé par la volonté d'apporter aux membres du CRRMP N-PdC-P un retour d'information auquel ils n'ont pas accès en pratique, sur le devenir de leurs décisions dans un contexte de recours contentieux.

Notre objectif principal a donc logiquement été de mener une enquête rétrospective descriptive des procédures contentieuses par une analyse objective des données, en s'attachant à l'étude de processus complet, prenant en compte comme le prévoit le CSS, deux décisions de comités différents.

Les objectifs secondaires dépendent quant à eux essentiellement de l'analyse subjective de ces données et nous permettront de fonder des pistes de réflexion sur l'amélioration éventuelle des avis rendus par les comités, et donc de ces procédures.

4.2 Les forces de notre étude

Si des travaux ont déjà été menés sur la complétude des dossiers du CRRMP N-PdC-P, ou plus globalement sur la comparaison des rapports d'activité de plusieurs CRRMP à travers la France, comme nous l'avons évoqué dans le chapitre [1.2], c'est la première fois que la procédure contentieuse des recours de ses décisions est étudiée dans sa globalité, à travers une analyse descriptive d'une trentaine de situations.

C'est également la première fois qu'une étude s'attache à confronter les avis de deux CRRMP s'étant prononcés sur les mêmes dossiers, tout en analysant en parallèle les décisions des tribunaux découlant de la contestation de l'avis initial.

Ce travail étudie ainsi des décisions médicales sous l'angle d'une procédure cadrée par le Droit de la Sécurité Sociale. Il y a peut-être d'autres travaux en cours abordant le même thème, mais rien de référencé ou publié à ce jour.

Nous nous sommes attachés à l'étude de processus complet afin d'étudier l'articulation des décisions entre les comités et les tribunaux, ce qui nous a permis d'explorer les « coulisses » de ces procédures contentieuses en étudiant des documents difficilement accessibles et consultables conjointement en pratique par les membres des CRRMP.

Notre grille de lecture, calquée sur la chronologie et le contenu réglementaire des procédures, nous a permis d'être systématiques dans le recueil de données. Le recueil des textes intégraux des avis des CRRMP nous a également permis une analyse subjective pertinente des décisions.

Par ailleurs, tous les dossiers de l'étude étaient complets et ont pu être analysés à la lumière de tous les documents nécessaires à ce travail. Cette complétude des dossiers a été favorisée par une bonne sélection et préparation des dossiers en amont de leur consultation, ainsi que par une réactivité et une disponibilité de tous nos contacts, médecins ou secrétaires, au sein des différents ELSM visités.

Pour finir, les données recueillies permettent d'apporter une base chiffrée aux pistes de réflexion sur ces procédures avant tout rédactionnelles, n'ayant pas vocation par essence à être dénombrées et étudiées statistiquement.

4.3 Les limites de notre étude

La principale limite de notre étude vient du faible effectif étudié (n=27), ne nous ayant pas permis une analyse statistique puissante et comparative des données. Cependant, il s'agissait avant tout d'obtenir un état des lieux, qui par essence, se veut descriptif et non comparatif.

Au demeurant, le faible taux de contestation nous permettait d'envisager un nombre de dossiers attendus pour l'étude qui a globalement été respecté. Ce d'autant que certaines MP, de par leur bilatéralité, ont été regroupées sans que cela entraîne néanmoins un biais dans l'analyse. Les assurés n'ayant pas vocation à être comparés numériquement entre eux dans notre étude au travers de leurs MP, le regroupement de pathologies identiques déclarées séparément en début de procédure ne peut être considéré comme un biais.

Une autre limite vient de la typologie des MP présente dans notre effectif et de la période d'inclusion.

En effet, 51,9% des dossiers concernent les TMS de l'épaule et du coude en particulier, et l'inclusion des dossiers s'est faite pour les années 2005, 2006 et 2007, or il était question à l'époque de l'ancienne version du tableau de MP n° 57A et B. Il s'avère que ces dossiers ayant trait à l'ancien tableau, majoritaires dans notre étude, ne sont donc pas représentatifs de la version en vigueur aujourd'hui. Néanmoins, cette constatation ne remet pas en cause l'analyse descriptive des résultats, mais reflète l'antériorité de ces avis à la révision de ce tableau, et la prise en compte d'un tableau différent et moins précis (terminologie concernant la dénomination de la pathologie « floue », délais de prise en charge différents, et liste limitative des travaux moins détaillée et précise).

Pour finir, une des limites vient de l'absence d'études antérieures sur cette thématique des recours contentieux des décisions des CRRMP. Nous n'avons donc pas pu comparer nos résultats à d'autres études chiffrées. S'agissant d'une étude descriptive inédite, notre travail ne pouvait espérer une comparaison vis-à-vis de statistiques nationales.

L'absence de ces dernières ne remet pas pour autant en cause l'étude car nous disposons tout de même pour nous situer, des chiffres clés de l'activité du CRRMP N-PdC-P et des CRRMP au niveau national, pour l'année 2012.

Nous espérons en ce sens que cette thèse ouvrira la voie à d'autres travaux sur le contentieux des CRRMP afin d'approfondir la réflexion initiée ici, dans le but de mieux comprendre et appréhender le système complémentaire de reconnaissances des MP.

4.4 Résultats

4.4.1 Population de l'étude

Nous avons constaté une légère prédominance masculine chez les salariés présents dans l'étude (57,7%, n=15). Ce chiffre est en accord avec les statistiques nationales de l'Assurance Maladie avec 50,3% de MP reconnues pour des salariés masculins en 2011 (n=27676) (33).

La répartition des dossiers par bassin géographique d'origine n'est pas homogène. L'Artois, la Somme et la Côte d'Opale représentent 16 cas à eux seuls. S'agissant d'analyse descriptive, cela n'a pas d'incidence car les secteurs n'ont pas d'intérêts à être comparé les uns avec les autres. De plus, le faible effectif ne permet pas ces comparaisons statistiques.

Le nombre de dossiers étudiés l'est majoritairement au titre de l'« alinéa 3 » avec 24 cas. Ceci est en adéquation avec la proportion de 91,5% de dossiers étudiés en « alinéa 3 » par le CRRMP N-PdC-P en 2012 (n=2638) (et celle de 93,2% au niveau national pour la même année). Il en va de même pour ceux étudiés au titre de l'« alinéas 4 », minoritaires dans notre étude avec 3 cas, en adéquation avec la proportion de 8,5% de dossiers étudiés pour le même motif par le CRRMP N-PdC-P en 2012 (n=224).

Les motifs de saisine sont dominés par les activités HLLT qui concernent 17 dossiers. Par ordre d'importance viennent ensuite les saisines pour DDPC qui concernent 12 dossiers. On retrouve enfin 5 dossiers avec une double saisine concernant ces 2 motifs. On ne retrouve aucun dossier concernant une DER non satisfaite.

La saisine pour DER non satisfaite, absente de notre étude, pourrait être moins sujette à contestation car elle n'est pas systématique pour chaque tableau comme le délai DPC ou la liste limitative des travaux. On ne retrouve par exemple une DER que dans 27 des 114 tableaux de MP du régime général (12).

La proportion de 63,0% de MP n° 57 (n=17) présente dans notre échantillon est comparable à celle de 57,7% des dossiers étudiés par le CRRMP N-PdC-P en 2012 pour les mêmes pathologies. Il en va de même pour le tableau de MP n° 98 qui représente 7,4% de notre échantillon (n=2) et 8,4% des dossiers étudiés par le CRRMP N-PdC-P en 2012 (n=221). Nous ne connaissons pas la proportion des autres MP étudiées par le CRRMP N-PdC-P en 2012. Cependant pour les deux tiers de notre échantillon concernant les MP n° 57 et 98 (n=19), il y a une représentativité vis-à-vis du rapport d'activité 2012 du CRRMP N-PdC-P.

4.4.2 Rappel du motif de saisine et motivation du CRRMP N-PdC-P

Nous avons constaté que le CRRMP N-PdC-P avait majoritairement rappelé dans son PV le motif de saisine, soit dans 21 cas. Les 6 fois où il n'y a pas eu ce rappel, il s'agissait à chaque fois d'une saisine pour une activité HLLT, en sachant que dans deux de ces cas, il y avait conjointement un deuxième motif pour DDPC. Il y a donc une tendance à l'omission du rappel du motif de saisine prépondérante pour les activités HLLT.

Si on croise les 6 cas d'omissions de rappel de motif de saisine avec les avis du CRRMP N-PdC-P ayant été finalement infirmés, on constate que deux tiers des dossiers avec omission du rappel de motif de saisine sont infirmés (n=4).

Le CRRMP N-PdC-P a ainsi omis de rappeler le ou les motif(s) de saisine dans quasiment la moitié des 9 cas où son avis a finalement été infirmé.

Sans que l'on puisse justifier d'un lien de causalité, nous pensons donc que le rappel du motif de saisine pourrait être un élément déterminant dans la rédaction des avis initiaux des CRRMP. En commençant par reformuler la demande, le comité serait sûr d'y répondre. Néanmoins, n'ayant pas étudié sur la même période les avis non contestés des CRRMP et la proportion de ces derniers rappelant le motif de saisine, nous ne pouvons affiner cette hypothèse.

Concernant la motivation du premier CRRMP, nous avons constaté que pour tous les avis rendus pour une double saisine (DDPC et HLLT, n=5), le comité N-PdC-P avait omis de motiver sa décision pour un des deux motifs de saisine. Dans un cas (Monographie M1, cf annexe D), le CRRMP N-PdC-P a répondu « au-delà » de sa mission pour un dossier présenté pour un DDPC. Le comité a dans ce cas essentiellement argumenté sa décision en considérant l'activité comme ne respectant pas la liste limitative des travaux (en citant simplement l'important DDPC pour lequel il était saisi). Dans tous les autres cas, les motifs de saisine ont toujours été motivés.

A 6 reprises le CRRMP N-PdC-P n'a pas motivé sa décision en respectant les motifs de saisine adéquats. Dans la moitié de ses cas, l'avis initial du CRRMP a été infirmé (n=3).

De nouveau, sans pouvoir prouver le lien de cause à effet, nous pensons que l'absence d'argumentaire pour le motif ou l'un des motifs de saisine est un facteur limitant la pertinence et le caractère irrécusable des avis initiaux des CRRMP.

Pour résumer, nous pensons que le CRRMP doit systématiquement motiver son avis en rappelant précisément le ou les motifs de saisine pour le(s)quel(s) il est missionné et argumenter sa décision par rapport à ce ou ces motif(s).

4.4.3 Analyse des jugements « avant dire droit » du TASS

Le TASS dans ses jugements « avant dire droit » n'a jamais d'emblée pris de décision sur la reconnaissance de la MP (n=26), à une exception près.

Cette exception pour laquelle le TASS a d'emblée reconnu la MP, au motif que l'avis du CRRMP N-PdC-P était clairement motivé, est venue confirmer la règle. En effet, dans les suites, la CA saisie à son tour, infirmera le jugement du TASS et nommera comme l'impose l'article R. 142-24-2 du CSS, un second CRRMP. La CA s'appuiera sur les deux AF des CRMMP pour reconnaitre la MP.

Cet unique exemple vient nous conforter dans le fait que le recours à un second CRRMP par le TASS doit être systématique car la réglementation l'impose, et la jurisprudence le rappelle constamment.

Dans deux tiers des cas (n=18), le TASS n'a pas analysé l'avis initial du CRRMP N-PdC-P. Pour 7 cas il a considéré son avis comme clair et non équivoque mais a tout de même interrogé un second comité. Pour les 2 cas restants, le TASS a estimé que le CRRMP avait été « à côté » ou « au-delà » de sa mission.

Dans les 2 situations où le TASS avait considéré que le CRRMP N-PdC-P avait été « à côté » ou « au-delà » de sa mission (dans le premier cas en n'ayant pas pris en compte le courrier d'un spécialiste attestant d'une gestuelle contraignante professionnelle et dans l'autre en s'étant prononcé sur activité HLLT bien que missionné pour un dossier avec un DDPC), ce dernier a vu son avis être finalement infirmé.

Cependant, concernant les 7 avis du CRRMP N-PdC-P considérés comme clairs et non équivoques, par 4 fois ce dernier a finalement vu son avis être infirmé, en raison d'une analyse différente du second CRRMP, et donc d'un problème de fond.

Sans pouvoir prouver de lien de causalité, il apparait donc que les avis initiaux des CRRMP répondant « à côté » ou « au-delà » de leur mission selon le TASS, sont finalement infirmés. Ceux répondant pourtant à la mission le sont aussi majoritairement. Il en ressort que l'analyse de l'avis initial du CRRMP par le TASS n'influerait pas la décision finale du processus. Comme les textes exigent un second avis, le contenu de l'avis initial importerait peu dès lors que le second avis répond aux canons exigés en matière de formulation. Nous ne pouvons néanmoins affiner cette hypothèse.

Le TASS a majoritairement missionné le second CRRMP pour rendre un avis sur le lien direct entre l'activité professionnelle et la pathologie incriminée (n=22). Dans un autre cas il a spécifiquement demandé au second CRRMP d'étudier le DDPC d'un dossier et notamment le lien entre un arrêt maladie et la pathologie incriminée (cas M1). Dans les 3 dernières situations, le TASS a juste interrogé le deuxième comité sur le lien, sans apporter de précision (il s'agissait pour un de ces cas d'un dossier en « alinéa 4 »). Dans ces 3 situations, l'avis du CRRMP a finalement été conforté.

Pour aucun des 3 dossiers en « alinéa 4 » le TASS n'a missionné le second comité pour connaitre le lien direct et essentiel. La position initiale du CRRMP sur les dossiers en « alinéa 4 » a néanmoins toujours été confortée.

Afin de mieux encadrer le rôle du second CRRMP nous estimons que le juge du TASS devrait fixer précisément sa mission en l'interrogeant sur le lien direct en « alinéa 3 », et sur le lien direct et essentiel en « alinéa 4 », bien qu'il semble que cela n'influerait pas la situation finale du processus.

4.4.4 Région d'exercice des seconds CRRMP

La région d'exercice des seconds CRRMP est nettement représentée par la Normandie (avec 14 cas pour la Haute Normandie et 2 cas pour la Basse Normandie), soit 59,3% des dossiers (n=16). La région Nord-Est concerne 8 cas, et l'Ile de France, 3.

S'agissant d'une analyse descriptive, la conséquence de cette surreprésentation n'a pas été analysée car il n'y avait pas d'intérêt à comparer les régions entre elles. De plus, le faible effectif ne permettait pas cette analyse statistique.

4.4.5 Réponse à la mission du tribunal et motivation des seconds CRRMP

Les seconds comités ont très majoritairement répondu à la mission confiée par le TASS ou la CA (pour rappel, dans un cas le TASS avait d'emblée reconnu la MP, la CA avait censuré sa décision et nommé un second comité), soit dans 26 cas.

Par ailleurs, les décisions des seconds CRRMP n'ont strictement répondu aux motifs de saisine initiaux que dans 21 cas (soit dans 77,8% des situations). Par exemple, le second CRRMP a omis de justifier l'un des deux motifs de double saisine initiale 3 fois sur 5.

La différence entre ces taux de réponse, aux missions confiés au second CRRMP par le TASS et aux motifs de saisine initiaux pour lesquels le CRRRMP N-PdC-P avait été missionné, a pu trouver son origine dans le manque de précisions de 5 jugements « avant dire droit » du TASS, où la mission confiée était « imprécise », soit dans un cas sur cinq (recherche d'un lien sans précision dans 3 cas, dont une fois pour un dossier en « alinéa 4 » et recherche d'un lien direct sans préciser l'essentialité du lien pour les 2 autres dossiers en « alinéa 4 »).

Ceci vient confirmer le fait qu'il nous semble nécessaire et pertinent que le TASS précise systématiquement le cadre de la mission confiée au second CRRMP, notamment les notions de lien « direct » ou « direct et essentiel », ainsi qu'en rappelant le ou les motif(s) de saisine des dossiers initialement présentés au premier comité qui se prononce.

4.4.6 Divergence d'avis des seconds CRRMP

Les seconds CRRMP ont infirmé à 8 reprises les avis initiaux du CRRMP N-PdC-P. Il s'agissait à chaque fois d'infirmation de refus initiaux.

Dans 7 de ces infirmations, il s'agissait d'une analyse différente. Pour la dernière infirmation, il s'agissait de la prise en compte d'un élément nouveau dans l'analyse du dossier (cas M3).

Si on considère que le CRRMP N-PdC-P n'était pas en mesure de statuer sur le cas M3 dans les mêmes conditions que le second comité, on ne peut réellement retenir ce cas comme étant une pure divergence d'opinion.

Il y a donc 7 cas de l'étude pour lesquels les comités ont eu une pure divergence d'opinion matérialisée par une analyse différente (soit dans 25,9% des dossiers).

Dans un peu moins des trois quarts des situations, les comités ont donc été unanimes dans leur réflexion et leur analyse (n=19), et dans un cas ils n'étaient pas en mesure de statuer sur le « même » dossier bien que concernant un même assuré (cas M3).

Cette étude tend à montrer que les comités statuant sur un même dossier dans le cadre de l'article R. 142-24-2 du CSS sont majoritairement unanimes dans leur analyse.

4.4.7 Précisions apportées par les seconds CRRMP

Nous avons considéré que dans 21 cas, le second CRRMP avait apporté une précision supérieure dans son argumentaire par rapport à l'avis initial rendu par le CRRMP N-PdC-P. Notamment, dans toutes les situations où le second CRRMP a infirmé l'avis initial (n=8) sa précision a été supérieure.

Ceci semble cohérent avec la présomption d'imputabilité qui ne s'applique pas dans les « alinéas 3 et 4 ». Les second CRRMP se sont appliqués à démontrer en quoi ils se positionnaient différemment sur le lien entre l'exposition professionnelle et la pathologie incriminée. Qui plus est, c'est relativement logique puisque le second CRRMP s'appuie sur l'avis du premier pour émettre le sien

Nous n'avons pas analysé exhaustivement et en détails la typologie des précisions car il n'était pas pertinent d'étudier au cas par cas les 21 situations en rapport. Néanmoins, s'agissant de motifs de saisine pour DDPC et/ou une activité HLLT, les précisions concernaient essentiellement les fréquences et typologies des postures, et la chronologie des faits médicaux et l'histoire clinique.

Pour rappel, les formulaires réglementaires (S-6024 et S-6025a) sur lesquels les comités rédigent leurs PV précisent que : « *la motivation de l'avis du comité doit comprendre tous les renseignements nécessaires à la bonne information des parties, sauf ceux qui ont un caractère confidentiel (pathologie non déclarée à titre professionnel, facteurs pathogènes extra-professionnels).* »

Nous avons pourtant constaté que pour 3 dossiers, le second comité avait éclairé son argumentaire à la lumière de précisions médicales sur des pathologies non déclarées à titre professionnel dans 3 situations :

- Notion d' « *hernie cervicale patente* » motivant le refus d'une MP n° 57A ;
- Notion de « *lyse isthmique bilatérale congénitale ayant favorisé les dégénérescences discopathiques sus-jacentes* » motivant le refus de reconnaissance d'une arthrose lombaire présentée en « alinéa 4 » ;
- Notion d' « *antécédents d'asthme* » motivant le refus d'une insuffisance respiratoire chronique présentée en « alinéa 4 » ;

et sur un facteur pathogène extra-professionnel dans une de ces situations :

- Notion de « *(tabagisme apparemment interrompu en 1983)* » pour ce même dossier d'insuffisance respiratoire chronique présenté en « alinéa 4 ».

Le CRRMP N-PdC-P ne s'est jamais exprimé sur ces pathologies autres et n'a sous-entendu le tabagisme que sous l'intitulé de « *facteur confondant d'hygiène de vie* ». Il convient dès lors de s'interroger sur l'argumentaire des seconds CRRMP qui a permis dans ces situations d'illustrer médicalement des notions que le tribunal n'a pas remises en cause.

En effet, dans ces 3 situations, le tribunal a motivé son refus en se basant sur l'argumentaire du second CRRMP qu'il considérait clair et non équivoque. Nous sommes ici à la frontière du secret médical et de l'expertise des comités, car les données explicitées sont pertinentes à la compréhension de la situation, mais confidentielles. Pour autant, dans ces 3 cas, les deux comités ont unanimement motivé leur refus de reconnaissance de la MP.

4.4.8 Analyse des jugements « sur le fond » du TASS

Le TASS a missionné un second CRRMP dans 26 des dossiers étudiés, et s'est prononcé 25 fois dans les suites.

Il y donc eu 2 dossiers pour lesquels le TASS n'a pas rendu de second jugement :

- Dans un cas, la victime s'est spontanément rétractée après la décision du second CRRMP, les deux comités avaient dans ce cas statué sur un AD ;
- Dans le second, le TASS avait reconnu d'emblée la MP en suivant l'avis du CRRMP. Cette situation conduira la CA saisie dans les suites à infirmer ce jugement et à nommer un second comité.

Le TASS a donc toujours respecté l'article R. 142-24-2 du CSS en nommant un second comité à une exception près (n=26).

Dans ses 25 jugements « sur le fond », le TASS a suivi 23 fois l'avis du second CRRMP. Il n'y a donc eu que 2 situations dans lesquelles le TASS n'a pas suivi l'avis du second comité :

- Dans l'une, il s'est pourtant basé sur une partie de l'avis du second comité qui répondait à la question spécifique que le TASS avait formulé dans son jugement initial (cas M1). Le comité ayant répondu qu'il reconnaissait un arrêt maladie comme étant relié à la pathologie incriminée, ce dernier a validé la condition du DPC qui manquait au dossier pour être d'emblée reconnu en « alinéa 2 ». Bien que le second CRRMP se soit aussi prononcé défavorablement sur la liste limitative des travaux, le TASS n'en a pas tenu compte ;
- Dans l'autre, le TASS a réinterprété les données d'une enquête étudiant l'activité professionnelle (sa décision sera infirmée par la CA saisie dans les suites).

On peut donc considérer que le TASS a suivi les avis du second CRRMP dans 23 cas, et qu'il a tenu compte de leur expertise sur les motifs de saisine initiaux dans 24 cas (nous considérons que dans le cas M1, le TASS a malgré tout suivi l'argumentaire du second CRRMP pour prendre sa décision, ceci s'apparente à appliquer le raisonnement de la jurisprudence n° 00-13.097 du 19 décembre 2002 détaillée dans le chapitre [1.3]).

Dans cette étude, le TASS a donc très largement suivi l'expertise du second CRRMP dans sa prise de décision (96,0% des cas, n=24). Ceci vient confirmer la confiance que les juges du fond portent à l'expertise des comités dans l'analyse médicale des problématiques liées aux MP.

Dans ces 24 situations où le TASS s'est basé sur les décisions des comités pour statuer, il a dans la moitié des cas conjointement pris en compte dans sa motivation les avis des deux comités, et dans l'autre moitié, il ne s'est basé que sur l'avis du second comité.

Le but de cette étude n'était pas de mettre en « concurrence » les avis des premiers et seconds CRRMP, nous estimons cependant, et ceci parait logique eu égard à la chronologie de la procédure contentieuse et aux données chiffrées qui ressortent de cette étude, que les seconds avis « pèsent plus » dans la prise de décisions finales des tribunaux. Ceci s'explique par le fait que lorsqu'une seconde expertise est diligentée, c'est sur celle-ci que le tribunal doit s'appuyer, sinon il n'y aurait pas d'intérêt à nommer un second comité. Le juge entérine logiquement l'avis du second CRRMP qu'il a missionné. Par ailleurs, le tribunal ne peut pas toujours faire la synthèse des deux avis successifs, surtout s'ils diffèrent.

4.4.9 Analyse des arrêts de la CA

La CA s'est prononcée dans 5 dossiers de notre étude.

On retrouve un cas exemplaire du non respect de la procédure contentieuse, et de l'article R. 142-24-2 du CSS, dans lequel le TASS s'était d'emblée prononcé sur la non reconnaissance de la MP en suivant l'AD du CRRMP N-PdC-P.

Secondairement saisie par la victime, la CA infirmera le jugement du TASS et nommera un second CRRMP. Elle suivra finalement l'avis du second CRRMP qui analysera différemment les données, et prononcera un AF.

La CA a ainsi appliqué le CSS et aussi respecté la jurisprudence (Cass. Civ. n° 03-30.484 du 22 février 2005 ; Cass. Civ. n° 08-20.718 du 18 février 2010 ; Cass. Civ. n° 10-15.145 du 17 mars 2011 ; Cass. Civ n° 12-18.021 du 30 mai 2013).

On retrouve un autre cas où le TASS n'a pas respecté la jurisprudence (Cass. Civ. n° 06-21.985 du 06 mars 2008) et où la CA a du censurer sa décision. Le TASS, bien qu'ayant reconnu l'argumentaire cohérent des deux comités justifiant leurs AD, a cependant réinterprété une enquête portant sur le descriptif des gestuelles de travail et émis un AF en reconnaissant la MP. La CA dans son arrêt retrace la procédure, liste les articles du CSS, puis en arrive à l'étude de l'avis du second CRRMP qu'elle analyse pragmatiquement :

« *(...) Cependant le CRRMP de la région X, qui a pu disposer d'un dossier parfaitement renseigné, notamment grâce à l'avis du médecin du travail et à l'enquête réalisée par le service régional de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles du Nord-Pas de Calais, a également exclu l'existence d'un rapport de causalité entre la maladie soumise à instruction et les expositions incriminées. Dans ces conditions il y a lieu de confirmer le refus de la CPAM opposé à la demande de Mr (...)* »

La CA infirmera ainsi la décision du TASS au motif qu'il aurait du s'appuyer dans sa décision sur l'avis du second CRRMP qui était motivé et cohérent, à partir d'un dossier « *parfaitement renseigné* ».

Dans les trois autres situations où la CA s'est prononcée, elle a respecté l'avis du TASS qui avait suivi l'argumentaire du second CRRMP.

Il en résulte que dans les 5 cas où la CA s'est prononcée sur un dossier, elle a toujours respecté l'argumentaire du second CRRMP et l'a ainsi toujours suivi dans ses décisions. Pour deux « problèmes de forme » concernant la procédure, la CA est venu les « réajuster » pour respecter le CSS, en nommant un second CRRMP quand le TASS ne l'avait pas fait, et en infirmant la décision d'un TASS qui avait basé son jugement sur l'interprétation d'une enquête et non sur l'avis du second CRRMP, qui était pourtant clairement motivé.

Ceci vient confirmer une nouvelle fois la confiance des juges du fond dans l'expertise médicale des CRRMP. La CA ne « réajuste » à chaque fois que la forme de la procédure, et non le fond ou la forme des avis des CRRMP.

4.4.10 Analyse des délais entre les étapes de la procédure

Cette étude a permis de quantifier les durées s'écoulant entre les étapes de la procédure contentieuses, c'est-à-dire entre la déclaration de la MP, le départ de son délai d'instruction, l'avis du premier CRRMP, le jugement « avant dire droit » du TASS, l'avis du second CRRMP , le jugement « sur le fond » du TASS et, le cas échéant, l'arrêt de la CA.

La médiane du délai entre la déclaration de la MP et le départ de son instruction, de l'ordre de 29 jours témoigne d'une période d'environ un mois nécessaire à la récupération des documents par la CPAM avant d'instruire le dossier. Le maximum de cette période pour l'étude, de l'ordre de 132 jours, témoigne des difficultés à récupérer certains éléments du dossier, sans que l'on puisse affiner cette analyse.

Dans cette étude, la médiane entre le délai d'instruction et le premier avis du CRRMP est de 182 jours, soit un peu moins de 6 mois (en considérant qu'un mois correspond à 30,5 jours). Pour rappel, la CPAM dispose d'un délai de 6 mois maximum pour instruire le dossier. Nous constatons donc que dans un peu moins de la moitié des cas, le délai réglementaire n'a pas pu être respecté. Ceci s'explique certainement par l'importante activité des CRRMP qui entraîne un allongement du délai de traitement des dossiers.

Par 3 fois, le CRRMP N-PdC-P a eu besoin d'un sursis pour prendre sa décision, les délais étaient de 71, 72 et 99 jours, soit en moyenne un peu moins de 81 jours, soit un peu plus de deux mois et demi. Compte tenu des délais totaux des procédures, allant d'un peu moins de 2 ans, à un peu plus de 5 ans, nous ne considérons pas que les demandes de sursis allongent considérablement les procédures.

Nous constatons que la médiane du délai entre le premier avis du CRRMP et le premier jugement du TASS, de l'ordre de 502 jours, soit un peu moins de 16 mois et demi (n=27), est nettement supérieure à celle entre ce jugement et le second avis du CRRMP, de l'ordre de 148 jours, soit un peu moins de 5 mois (n=26). La médiane du délai entre le second avis et le jugement « sur le fond » du TASS est d'une durée équivalente, de l'ordre de 141 jours, soit un peu plus de 4 mois et demi (n=26)

La médiane du délai entre le jugement « sur le fond » du TASS et le premier arrêt de la CA, de l'ordre de 351 jours, soit un peu plus de 11 mois et demi, est moins représentative du fait du faible effectif concerné (n=4).

La médiane du délai total de la procédure, entre le départ du délai d'instruction et le jugement final du tribunal est de l'ordre de 1131 jours, soit un peu plus de 3 ans (n=27).

Sans prendre en compte le délai administratif entre la déclaration et le départ du délai d'instruction (en moyenne de 44 jours), la médiane de la durée totale de la procédure « complète » de nos 27 dossiers rentre donc dans le cadre de la durée maximum de 4 ans « estimée » en début d'étude.

La durée maximale de la procédure pour cette étude, de l'ordre de 1945 jours, soit un peu plus de 5 ans, vient conforter notre choix d'inclure des MP déclarées entre 2005 et 2007 pour pouvoir étudier des procédures « complètes ».

4.4.11 Analyse de l'issue de la procédure

Au terme du contentieux, pour les 27 dossiers de l'étude, l'avis initial du CRRMP N-PdC-P a été confirmé 18 fois et infirmé 9 fois.

L'avis initial du CRRMP N-PdC-P a été infirmé 8 fois pour un problème de fond (7 situations où le second CRRMP a eu une analyse différente, et 1 situation où ce dernier a pris en compte des éléments nouveaux) et 1 fois pour un problème de forme (réponse « au-delà » de la mission, cas M1).

L'avis du second CRRMP (favorable dans 9 cas et défavorable dans 18 cas) a quant à lui été systématiquement suivi à une exception près.

Si on ne considère que l'argumentaire répondant au motif de saisine initial ou à la mission précise du tribunal (notamment dans le cas M1 où le TASS n'a utilisé pour prendre sa décision qu'une partie de l'argumentaire répondant à la mission spécifique et s'intéressant au motif initial de saisine pour DDPC), c'est dans toutes les situations que le tribunal a finalement pris sa décision en se basant et en suivant l'analyse du second comité (n=27).

Ainsi, dans deux tiers des cas, les deux comités ont conjointement été confirmés dans leurs avis respectifs (n=18), et le second CRRMP a toujours été confirmé dans son argumentaire répondant au motif de saisine initial ou à la mission précise du TASS (n=27).

Ceci confirme donc la confiance des tribunaux dans l'expertise des comités car dans le seul problème de forme des avis successifs des comités de l'étude, bien que le second comité ait « outrepassé » sa mission en répondant « au-delà » du motif de saisine initial (cas M1), le tribunal a quand même pris sa décision en se fondant sur une partie de son argumentaire. Par ailleurs, dans les 8 problèmes de fond entre les avis successifs des comités de cette étude, le tribunal n'a au final jamais jugé ou analysé ces divergences d'opinion des comités, et a pragmatiquement statué en se basant sur l'avis du second CRRMP.

Bien loin des considérations médicales, le tribunal applique les textes dès lors qu'il a les moyens de répondre à la question pour laquelle il y a litige. Dans cette étude, le tribunal, majoritairement au niveau du TASS et à quelques reprise au niveau de la CA, a donc confirmé son rôle d'« arbitre » du respect de la procédure en ne prenant jamais part, au final, au fond et à la forme des décisions médicales.

4.4.12 Situations où l'avis du CRRMP N-PdC-P a finalement été infirmé

Le tableau T3 (page 70) nous a permis de centraliser et faire ressortir les détails pertinents des 9 situations où l'avis du CRRMP N-PdC-P a finalement été infirmé.

On retrouve à 8 reprises une divergence basée sur un problème de fond, dont 7 fois basée sur une analyse différente et une fois fondée sur la prise en compte d'éléments nouveaux. La neuvième infirmation est un problème de forme.

Il ressort de ce tableau que la totalité des divergences portant sur une analyse purement différente concerne strictement les TMS (n=7), et l'essentiel de ces situations concerne le membre supérieur avec 5 cas concernant le tableau de MP n° 57A et B.

Les analyses différentes portent essentiellement sur la liste limitative des travaux avec une nette prédominance d'arguments touchant à la fréquence et à la typologie des postures.

Comme les déclarations de MP de l'étude ont été faites entre 2005 et 2007, il s'agit de dossiers ayant été analysés sous l'angle des anciens tableaux. En partant du principe que leur ancienne formulation, datant de 1991, était facilement « sujette à interprétation » car imprécise, ceci pourrait expliquer une bonne partie des problématiques de fond des avis des comités de notre étude. Nous pensons que la version actuellement en vigueur des tableaux de MP n° 57A et B, révisée en octobre 2011 et aout 2012, nettement plus précise, n'aurait pas entrainé toutes ces divergences d'avis.

Nous considérons donc que près des trois quarts des divergences d'avis entre les comités de cette étude, concernant essentiellement la liste limitative des travaux pour des TMS du membre supérieur, n'auraient pas toutes été possibles avec la version actuelle des tableaux de MP n° 57A et B. Ces hypothèses ne peuvent néanmoins être démontrées ici.

Il convient donc de poursuivre prioritairement le travail mené dans la révision des tableaux de MP touchant aux TMS, surtout concernant la liste limitative des travaux, afin de tendre vers une plus grande harmonisation des cadres de prise de décisions des CRRMP, afin d'augmenter la cohérence entre les avis successifs sur un même dossier, et ainsi accroitre la qualité de ces derniers, soit in fine, l'équité de traitement des assurés. Ceci limiterait notamment les divergences d'analyse et d'opinion portant majoritairement sur les détails de l'activité professionnelle décrite dans les tableaux.

Concernant le seul problème de fond de l'étude basé sur la prise en compte d'éléments nouveaux par le second CRRMP (cas M3), nous considérons que la divergence d'avis est logique et justifiée car le premier comité n'était pas en mesure d'analyser la situation à la lumière de ces faits nouveaux. La divergence est ainsi inévitable dans ce cas de figure.

Dans le cas M1, seule divergence de l'étude entre les décisions des CRRMP et la décision finale du tribunal, il s'agit également du seul problème de forme des avis successifs des CRRMP. Les comités en répondant tour à tour « au-delà » de leur mission sur une activité HLLT alors qu'on les interrogeait sur un DDPC, ont néanmoins partiellement répondu à la question du DPC. Dans le cas du second CRRMP, nous considérons que sa réponse partielle a permis au tribunal de confirmer qu'un arrêt maladie était en rapport avec la pathologie incriminée et donc d'infirmer le DDPC initial. Ce cas atypique nous rappelle que le tribunal ne s'intéresse finalement qu'à la réponse à la question du litige.

Le second CRRMP est un expert judiciaire car il agit dans le cadre d'une mission fixée par le tribunal. Si on se « contente » de recueillir son avis sur le lien sans précision entre la pathologie incriminée et l'activité professionnelle, ce dernier peut alors statuer comme s'il voyait le dossier en première intention en ayant toute latitude pour « décortiquer » le lien en détail et argumenter sa décision. Si la mission est formulée plus précisément, le second comité se doit de répondre à ce qui est demandé. Le cas M1 illustre bien ces considérations.

En résumé, on peut dire que ce cas confirme que les CRRMP doivent seulement répondre aux missions qu'on leur confie, en ne basant leur motivation et leur argumentaire que sur ces seuls critères. Il n'y a néanmoins à ce jour aucune jurisprudence ayant confirmé cette problématique.

4.4.13 Monographies

Les trois monographies présentées en annexe D nous ont permis d'illustrer trois situations typiques de divergence d'avis, une fois entre le tribunal et les CRRMP (cas M1) s'agissant du seul problème de forme, et deux fois entre les comités eux-mêmes sur des problèmes de fond, dans un cas concernant une analyse purement différente d'une liste limitative des travaux (cas M2) et dans l'autre concernant la prise en compte d'éléments nouveaux (cas M3).

Ces monographies nous ont permis de faire « vivre » la procédure contentieuse au travers de l'enchainement détaillé des avis des comités et du tribunal. S'agissant d'une étude médicale, les avis des CRRMP ont été intégralement retranscrits, alors que les jugements des tribunaux ont été essentiellement résumés et interprétés, et en partie cités. Il n'était pas selon nous pertinent de retranscrire l'intégralité des jugements.

5. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

Notre travail, portant sur une période de 3 ans, de 2005 à 2007, et s'intéressant à 27 situations où l'avis initial du CRRMP N-PdC-P a été suivi d'un recours contentieux, nous a permis au travers de procédures complètes d'étudier les interactions qu'il existe entre les tribunaux et les CRRMP, mais également les avis successifs des comités ayant trait aux mêmes dossiers de MP déclarées au titre de l'alinéa 3 ou 4 de l'article L. 461-1 du CSS.

Il ressort selon nous de cette étude que les comités, dans leurs PV, doivent rappeler précisément et systématiquement le motif de saisine (parfois multiple), pour lequel ils ont été missionnés par la CPAM ou le tribunal, et argumenter leur décision sur ce seul motif (et donc pour toutes ses composantes s'il est multiple). Ceci dans le but de bien poser le cadre de l'expertise, pour ne pas omettre de répondre à une partie de la mission.

En cas de contestation de l'avis initial d'un comité, le recours à un second CRRMP par le TASS doit être systématique car la règlementation l'impose, et la jurisprudence le rappelle constamment. Notre étude vient confirmer cet état de fait car un second CRRMP a toujours été nommé. Le TASS a ainsi respecté l'article R. 142-24-2 du CSS dans 96,3% des situations étudiées (n=26), et la seule fois où il ne l'a pas fait, sa décision a été infirmée par la CA qui a nommé un second CRRMP à sa place.

Toujours dans l'optique de cadrer l'expertise, il nous semble nécessaire et pertinent que le tribunal définisse systématiquement le cadre de la mission confiée au second CRRMP, notamment en requérant l'étude du lien « direct » en « alinéa 3 » ou « direct et essentiel » en « alinéa 4 », ainsi qu'en rappelant le motif de saisine des dossiers initialement présentés au premier comité.

Dans notre étude, le TASS a par exemple était imprécis dans 20% des missions confiées au second CRRMP (n=5). Il ne l'a par ailleurs jamais interrogé sur l'essentialité du lien pour les trois dossiers étudiés au titre de l'« alinéa 4 ».

La médiane de la durée totale de la procédure contentieuse, du départ de l'instruction du dossier au jugement final après le second avis d'un CRRMP, est de 1131 jours, soit un peu plus de 3 ans. Son minimum est d'un peu moins de 2 ans et son maximum d'un peu plus de 5 ans (respectivement 713 et 1945 jours). Il conviendra de prendre en compte ces paramètres lors de travaux ultérieurs.

Cette étude tend à montrer que les comités statuant sur un même dossier dans le cadre de l'article R. 142-24-2 du CSS sont majoritairement unanimes dans leur analyse (70,4% des cas, n=19). Par ailleurs, le taux d'avis répondant totalement aux motifs de saisine initiaux dans les avis successifs des comités est identique pour les premiers et seconds comités, de l'ordre de 77,8% (n=21).

On retrouve néanmoins dans 25,9% des cas une divergence d'opinion matérialisée par une analyse purement différente (n=7).

La totalité des « pures » divergences d'analyse concerne strictement les TMS (n=7), et l'essentiel de ces situations concerne le membre supérieur pour le coude et l'épaule (MP n° 57A et B) avec 5 cas. Ces analyses différentes entre les comités portent exclusivement sur la liste limitative des travaux avec une nette prédominance d'arguments touchant à la fréquence et à la typologie des postures.

Il convient donc de poursuivre prioritairement le travail mené dans la révision des tableaux de MP touchant aux TMS afin de tendre vers une plus grande harmonisation des cadres de prise de décisions des CRRMP correspondant aux tableaux de MP, ceci afin de limiter les divergences d'analyse et d'opinion portant notamment sur la liste limitative des travaux, majoritaires dans l'étude.

Pour le huitième et dernier cas de divergence d'avis entre comités de l'étude, basé sur la prise en compte d'éléments nouveaux, nous considérons que cette différence d'opinion est inévitable car les dossiers analysés par les comités n'étaient finalement plus identiques.

A l'issue de la procédure dans deux tiers des cas, les comités ont tous deux été confirmés dans leurs avis successifs (n=18). Par ailleurs, bien qu'un des dossiers ait présenté un problème de forme (les comités ayant été « au-delà » de leur mission), les avis des seconds CRRMP ont toujours été confirmés par le tribunal dans leur argumentaire sur la réponse au motif de saisine initial ou à la mission précise confiée par le tribunal (n=27).

D'autre part, dans les 8 problèmes de fond entre les avis successifs des comités de cette étude, le tribunal n'a au final jamais jugé ou analysé ces divergences d'opinion et a pragmatiquement statué en se basant sur l'avis du second CRRMP.

Ainsi qu'importe les problèmes de fond ou de forme entre les avis successifs des CRRMP, le tribunal statue finalement en cherchant la réponse à la problématique médicale dans l'argumentaire du second comité. Ceci confirme la confiance des juges du fond dans l'expertise médicale des CRRMP, qui ne réajustent finalement que la forme de la procédure prévue par le CSS.

Dans un avenir proche, il serait intéressant de pouvoir réitérer ce travail afin de pouvoir étudier les recours contentieux suite à la révision de certains tableaux de MP (comme celle des tableaux de MP n° 57A en 2011 et 57B en 2012) qui pourrait diminuer les « pures » divergences d'analyse des comités, mais également suite aux changements de modalité de passage des dossiers en « alinéa 4 » devant les comités, pour en connaître l'impact sur le contentieux. En effet, on prend désormais en compte en « alinéa 4 » la prévision d'une IP minimale de 25% et non plus sa consolidation à ce taux.

Pour finir, cette étude est venue nous conforter dans le sentiment que les divergences de fond des avis successifs des CRRMP peuvent utilement nourrir une revue de dossiers au cours d'une réunion d'harmonisation organisée entre les membres des CRRMP.

La Direction des Risques Professionnels de la CNAMTS est en ce sens en train de mettre en place de nouvelles modalités de traçabilité des recours contentieux du système complémentaire de reconnaissance des MP. Ceci devrait permettre à chaque CRRMP d'être plus facilement informé des conclusions des jugements lorsque leurs décisions sont finalement contestées, afin de pouvoir étudier le cas échéant l'argumentaire du second CRRMP missionné durant la procédure, comme nous l'avons fait pour ce travail de thèse.

6. BIBLIOGRAPHIE

(1) Safon M-O. (page consultée le 15/09/2013). La prise en charge des AT-MP et l'organisation de la médecine du travail en France, [en ligne]. http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/HistoriqueATMP.pdf

(2) Choudat D, Goulfier C, Limido G. Prévention, reconnaissance et indemnisation des maladies professionnelles en France. EMC – Pathologie professionnelle et de l'environnement 1998 :1-0 [Article 16-730-A-10]

(3) Loi n° 93-121, 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social. (page consultée le 15/08/2013), Article 7-1, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

(4) Graser M, Manaouil C, Jardé O. Procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. EMC – La presse Médicale. 2003 mai;32(18):821-825

(5) Castelletta A, Bühl M. Accidents du travail, maladies professionnelles. Procédure, indemnisation, contentieux. Paris: Dalloz ; 2004.

(6) Code de la Sécurité Sociale. (page consultée le 15/09/2013), Titre 6 : Disposition concernant les maladies professionnelles, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

(7) 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 [Article 16-730-A-10].

(8) Institut national de recherche et de sécurité. (page consultée le 15/09/2013), Les maladies professionnelles. Régime général, [en ligne]. http://www.inrs.fr/

(9) Mananga F, Coin N. Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles dans le champ de la réparation des maladies professionnelles : bilan et perspectives [Mémoire de DEA, Droit Social]. Lille : Université Lille 2 ; 2002.

(10) Code de la Sécurité Sociale. (Page consultée le 15/09/2013), Article L. 461-6, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

(11) Biernacki A-S, Legros E. Bilan de fonctionnement du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles [Mémoire de DEA, Droit Social]. Lille : Université Lille 2 ; 1998.

(12) Institut national de recherche et de sécurité. (page consultée le 15/09/2013), Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité Sociale, [en ligne]. http://www.inrs.fr/

(13) Code de la Sécurité Sociale. (page consultée le 15/09/2013), Article L. 461-2, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

(14) Michalletz M. Les relations des caisses de Sécurité Sociale avec les entreprises : contribution à l'étude d'un processus de contractualisation [Thèse de Doctorat d'Université, Droit, Economie, Sciences sociales]. Paris : Université Panthéon-Assas ; 2012.

(15) Guide destiné aux comités régionaux de reconnaissances des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993. Ministère du travail TE 39. DMT 1994;57:49-55.

(16) Choudat D. Peut-on accroître la cohérence des avis pour la reconnaissance en maladie professionnelle ? EMC – Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2006 Juin;67(3):485-487.

(17) Groupe d'experts présidé par le Professeur A. Bergeret et validé par le directeur général du travail et le directeur de la Sécurité Sociale. Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993. DMT 2010;121:7-31.

(18) Quinton-Fantoni S. Le véritable rôle du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (Avantages et limites du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles). Revue de Droit Sanitaire et Social. 2008 Juin;(3):555-565.

(19) Quinton-Fantoni S, Ruyffelaere J, Frimat P, Furon D. Propositions pour l'amélioration de la définition des affections péri-articulaires d'origine professionnelle. Arch Mal Prof 2000;61(7):511-520.

(20) Broglin-Stoltz A. Etude interrégionale rétrospective des dossiers soumis au CRRMP pour le tableau 57 : comparaison des CRRMP Nord Pas-de-Calais Picardie, Aquitaine et Bretagne. [Mémoire pour le DES de Médecine du travail]. Lille : Université Lille 2 ; 2004.

(21) Brun-Jeandot N. Comparaison interrégionale des avis émis par le comité de reconnaissance des maladies professionnelles sur les affections péri-articulaires du membre supérieur (Tableau 57). Etude réalisée pour les CRRMP de Bordeaux, Lille et Rennes. [Thèse pour le DE de Docteur en médecine]. Bordeaux : Université Bordeaux 2 ; 2002.

(22) 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 DE de Docteur en médecine]. Nantes : Université Nantes ; 2003.

(23) Bourgeois F, Lemarchand C, Hubault F, Brun C, Polin A, Faucheux J-M, *et al.* Troubles musculosquelettiques et travail : quand la santé interroge l'organisation. Nouvelle édition revue et augmentée. Lyon : Editions Réseau Anact ; 2006. 308 p.

(24) Abergel M. Analyse d'un critère d'imputabilité retenu par les CRRMP en 2003. Le délai de prise en charge des tendinopathies de l'épaule (Tableau 57A du Régime Général) [Mémoire pour la Capacité de médecine en santé au travail et de prévention des risques professionnels]. Paris : Université Descartes Paris 5 ; 2007.

(25) Pagnard-Branche L. Degré de complétude des dossiers en CRRMP et impact sur la décision : le cas des MP 98. [Mémoire pour le DES de Médecine du travail]. Lille : Université de Lille 2 ; 2008.

(26) Duclos M. Contribution de l'analyse des avis donnés par les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles à l'évolution des tableaux de maladies professionnelles : Exemple des affections du membre supérieur du tableau n° 57 du régime général : « Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail » [Thèse pour le DE de Docteur en médecine]. Paris : Université Paris 13 ; 2010.

(27) Décret n° 2011-1315 du 17 octobre 2011 révisant et complétant les tableaux de maladies professionnelles annexés au livre IV du Code de la Sécurité Sociale et commentaires. DMT 2011;128:713-717.

(28) Décret n° 2012-937 du 1er aout 2012 révisant et complétant les tableaux des maladies professionnelles annexés au livre IV du Code de la Sécurité. DMT 2012;132:109-111.

(29) Décret n° 93-692 du 27 mars 1993 relatif à certaines procédures de reconnaissance de maladies professionnelles et modifiant le code de la Sécurité Sociale. (page consultée en ligne le 15/08/2013), Article 1, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

(30) Quinton-Fantoni S. La saisine des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles par les tribunaux : d'une stricte mission réglementaire à un exercice d'expert polyvalent ? Revue de Droit Sanitaire et Social. 2012 Sept;(5):931-939.

(31) Code de la Sécurité Sociale. (page consultée le 15/09/2013), Article L. 461-30, [en ligne]. http://www.legifrance.gouv.fr/

(32) Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés. (page consultée le 15/09/2013), Rapports de gestion 2012, [en ligne]. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr

(33) Direction des Risques Professionnels de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (page consultée le 15/09/2013). Risque MP 2011 : Statistiques de sinistralité tous CTN et par CTN (étude 2012-181), [en ligne]. http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/

7. INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

Figure 1 : Synoptique des moyens de reconnaissance d'une maladie professionnelle indemnisable (mise à jour d'un schéma issu de l'EMC Pathologie professionnelle et de l'environnement)..... **17**

Figure 2 : Evolution de l'activité du CRRMP N-PdC-P de 1994 à 2012..... **36**

Figure 3 : ELSM de la région N-PdC-P, répartis par secteur..... **47**

Figure R1 : Répartition des cas par CPAM..... **53**

Figure R2 : Répartition des pathologies déclarées dans l'étude..... **55**

Figure R3 : Répartition des seconds CRRMP par région..... **59**

Tableau 1 : Détails de l'activité globale du CRRMP N-PdC-P pour l'année 2012..... **37**

Tableau 2 : Détails des décisions du CRRMP N-PdC-P concernant le tableau de MP n°57 pour l'année 2012..... **38**

Tableau T1 : Répartition des motifs de saisine du CRRMP N-PdC-P par type et année de déclaration de la MP..... **54**

Tableau T2 : Récapitulatifs des délais entre les étapes de la procédure contentieuse..... **67**

Tableau T3 : Détails des neuf situations où l'avis du CRRMP N-PdC-P a été finalement infirmé..... **70**

8. ANNEXES

Annexe A : Avis motivé du CRRMP - N° d'homologation ministérielle : S 6024.

1

comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles

(article L 461-1 – **alinéa 3** du code de la sécurité sociale)

avis motivé du CRRMP
région de

dossier CRRMP n°

organisme destinataire de l'avis :

l'identité de la victime

nom, prénom de la victime
son numéro d'immatriculation
son adresse

Ce modèle vous est présenté à titre d'information.
Pour votre démarche, contactez votre CPAM.

le demandeur est | la victime | un ayant droit

le motif de la saisine du comité

numéro(s) du (ou des) tableau(x) des maladies professionnelles dans le(s) quel(s) est désignée la maladie :
date de la première constatation médicale
diagnostic

SPECIMEN

délai de prise en charge dépassé | durée d'exposition insuffisante | travaux non mentionnés dans la liste limitative
éventuellement, date du décès

date de réception par le CRRMP du dossier validé

en cas de contestation d'une décision d'un CRRMP, transmis par le TASS de

enquête(s) complémentaire(s) | oui | non

date de la décision du CRRMP

le CRRMP était composé de

M.	médecin conseil régional ou médecin compétent du régime de sécurité sociale concerné
M.	médecin inspecteur régional du travail
M.	professeur des universités - praticien hospitalier

S 6024

(article L 461-1 – **alinéa 3** du code de la sécurité sociale)

dossier CRRMP n°

organisme destinataire de l'avis :

les éléments dont le CRRMP a pris connaissance

- la demande motivée de reconnaissance présentée par la victime ou les ayants droit
- le certificat établi par le médecin traitant
- l'avis motivé du (ou des) médecin(s) du travail
- le rapport circonstancié du (ou des) employeur(s)
- les enquêtes réalisées par l'organisme gestionnaire le service prévention
- le rapport du contrôle médical de l'organisme gestionnaire

les personnes entendues par le CRRMP

- le médecin rapporteur
- l'ingénieur conseil chef du service prévention de la CRAM (ou son représentant) ou la personne compétente du régime concerné
- éventuellement la victime (ou les ayants droit) et l'employeur

l'avis du CRRMP

le CRRMP estime que la demande présentée par

pourrait relever du tableau n° pour les motifs suivants :

SPECIMEN

le CRRMP propose à l'organisme de sécurité sociale de réinstruire dans ce sens la demande de

le CRRMP établit rejette

l'origine professionnelle de la maladie caractérisée directement causée par le travail habituel

- tableau de maladies professionnelles concerné n° :
- syndrome code :
- poste de travail incriminé code :
- agents ou travaux en cause code :

- **motivation de l'avis du Comité***

a. existence ou absence de rapport de causalité établi entre la maladie soumise à instruction et les expositions incriminées :

* la motivation de l'avis du comité doit comprendre tous les renseignements nécessaires à la bonne information des parties, sauf ceux qui ont un caractère confidentiel (pathologie non déclarée à titre professionnel, facteurs pathogènes extra-professionnels)

S 6024

(article L 461-1 – **alinéa 3** du code de la sécurité sociale)

dossier CRRMP n°

organisme destinataire de l'avis :

- **motivation de l'avis du Comité*** (suite)

b. en cas de rapport de causalité retenu, la caractérisation du lien de causalité direct entre la maladie en cause et le travail habituel de la victime :

signatures des membres du CRRMP ou du médecin conseil par délégation du Comité

SPECIMEN

* la motivation de l'avis du comité doit comprendre tous les renseignements nécessaires à la bonne information des parties, sauf ceux qui ont un caractère confidentiel (pathologie non déclarée à titre professionnel, facteurs pathogènes extra-professionnels)

S 6024

Annexe B : Convention passée entre le SPPE du CHRU de Lille et la DRSM N-PdC-P

l'Assurance Maladie
Service Médical
Nord-Pas-de-Calais-Picardie

CONVENTION D'ETUDE DE DOSSIERS DU CRRMP

Entre le service de consultations de pathologies professionnelles en médecine du travail du CHRU de Lille dirigé par le Professeur Paul Frimat, désigné ci-dessous par l'appellation CPP Lille, d'une part

Et le Service Médical Régional Nord-Pas-de-Calais-Picardie de la CNAMTS, dirigé par le Docteur Bruno Delforge, désigné ci-dessous par l'appellation DRSM, d'autre part

ARTICLE 1 - OBJET DE LA CONVENTION

La DRSM et le CPP souhaitent mener ensemble un travail de recherche relatif à l'étude de dossiers de CRRMP sur 2 thèmes :

1) Analyse des motifs de saisine du CRRMP hors alinéas 3 et 4 de l'article L 461-1 du Code de la Sécurité Sociale, et des suites données par l'instance.

2) Analyse des suites contentieuses après décision du CRRMP dans le champ des alinéas 3 et 4 de l'article L 461-1 du Code de la Sécurité Sociale

De par son expérience dans les domaines des pathologies professionnelles, de leur contentieux mais aussi du droit de la Sécurité Sociale, l'équipe du CPP est en mesure d'effectuer ces travaux de recherche. Leur mise en œuvre fait l'objet de la présente convention

L'étude comportera un volet rétrospectif consistant en une étude médico-juridique des dossiers soumis au CRRMP de 2007 à 2010 et dont les décisions ont fait l'objet d'un recours devant le TASS, voire la Cour d'Appel ; et un volet prospectif constitué d'une analyse médico-juridique des saisines du CRRMP par une juridiction contentieuse en 2011.

ARTICLE 2 - EXECUTION DE LA CONVENTION

L'exécution de la présente convention est confiée, pour le CPP, au docteur Fantoni-Quinton, responsable scientifique du projet ; et au Dr Petit, responsable du secrétariat du CRRMP à la DRSM.

Les travaux seront réalisés, dans le respect de la déontologie médicale et de la confidentialité des informations nominatives, par un interne ou un médecin du travail en formation, dans le cadre d'un stage à la DRSM durant lequel il sera sous l'autorité du directeur de la DRSM.

ARTICLE 3 – DUREE

La présente convention est décidée pour une durée d'un an à compter du 1er janvier 2011.

l'Assurance Maladie
Service Médical
Nord Pas-de-Calais Picardie

ARTICLE 4 - COMMUNICATIONS ET PUBLICATIONS

Les publications ne pourront comporter que des données anonymes et devront mentionner l'ensemble des organismes et personnes ayant collaboré à ce travail.

Elles ne pourront être proposées qu'après l'accord des 2 parties, sans que cette dernière condition ne puisse faire obstacle à la soutenance de thèse ou de mémoires des internes et/ou médecins du travail dont l'activité scientifique est en relation avec l'objet de la présente convention.

ARTICLE 5 - RESILIATION

La présente convention pourra être résiliée à tout moment, à l'initiative d'une des parties. 0

ARTICLE 6 - LITIGES

Les difficultés d'application ou d'interprétation de la présente convention font l'objet d'une concertation pour traitement amiable par les signataires.

Pour la CPP,

Professeur Paul FRIMAT

Pour la DRSM,

Docteur Bruno DELFORGE

Annexe C : Grille de lecture du travail de recherche sur le contentieux du CRRMP N-PdC-P

Grille de Lecture Travail de Recherche sur le Contentieux CRRMP N-PdC-P
Dossier N°_ _ Date : _ _ / _ _ / _ _
Antenne CARSAT de _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

A) **N° MP :** _ _ _ ou Désignation maladie déclarée en 4e alinéa **:** _

B) Date déclaration de la MP : _ _ / _ _ / _ _

C) Date de départ du délai d'instruction du dossier MP : _ _ / _ _ / _ _

D) Motif de saisine su CRRMP :

- □ **Dépassement Délais Prise en Charge (DPC)**
- □ **Hors Liste Limitative des Travaux (HLLT)**
- □ **Durée d'Exposition Requise non satisfaite (DER)**
- □ **Maladie déclarée en 4e ALINEA**

E) Date décision du 1er **CRRMP** Nord-Picardie : _ _/_ _/_ _

F) Demande de sursis par le CRRMP : □ **OUI** / □ **NON** (si oui date décision après sursis : _ _/_ _/_ _)

G) **Avis du 1er CRRMP in extenso :** _
_ _

H) Décision du 1er **CRRMP** : □ **Reconnaissance MP** □ **Non Reconnaissance MP**

I) Analyse du procès verbal du 1er **CRRMP** :

Rappel du/(des) Motif(s) de Saisine : □ OUI / □ NON
Motivation détaillée de la décision concernant : □ DPC / □ HLLT / □ DER / □ 4e Alinéa

---

J) Auteur de la contestation : □ **Salarié** □ **Employeur**

K) Date de la décision du premier jugement du TASS : _ _ / _ _ / _ _

L) Décision du TASS du jugement « avant dire droit » :

- □ **Reconnaissance MP (d'emblée retour en Alinéa 2)**
- □ **Nomination d'un 2ème CRRMP**
- □ **Non Reconnaissance MP sans nomination**

M) Analyse par le TASS de l'avis du CRRMP :

- □ **Avis clair et non équivoque**
- □ **Avis hors champ/au-delà de la mission**
- □ **Pas d'analyse**

N) Définition de la mission confiée par le TASS au **2ème CRRMP** :

- □ **établir un lien direct**
- □ **établir un lien, sans précision**
- □ **Mission non définie précisément**

O) Date décision du **2ème CRRMP** : _ _/_ _/_ _

P) Lieu du **2ème CRRMP** : _

Q) Avis du **2ème CRRMP** : □ **Reconnaissance MP** □ **Non Reconnaissance MP**

1

R) Avis du 2ème CRRMP in extenso : _

S) Analyse de l'Avis du 2ème CRRMP :

□ Réponse à la mission du TASS □ Réponse au-delà de la mission

□ Réponse « à coté » de la mission

T) Analyse du procès verbal du 2ème CRRMP :

Motivation détaillée de la décision concernant : □ DPC / □ HLLT / □ DER / □ 4e Alinéa

Précision de la décision vis à vis du 1er CRRMP : □ Supérieure / □ Equivalente / □ Inférieure

U) Décision différente du 2ème CRRMP vis-à-vis du 1er : □ OUI / □ NON

V) Cause de la décision différente du 2ème CRRMP :

□ Analyse différente □ Prise en compte d'éléments nouveaux

W) Date de la décision du jugement définitif du TASS : __/ __/ __

X) Décision du jugement définitif du TASS :

□ Reconnaissance MP □ Non Reconnaissance MP

Y) Motivation du TASS (jugement définitif) :

□ Motivation claire et non équivoque du 2ème CRRMP (élément nouveau ou précision)

□ Motivation cohérente du 2er CRRMP vis-à-vis du 1er (pas d'élément nouveau)

Z) Analyse par le TASS des avis/motivations du CRRMP :

□ Avis clair et non équivoque □ Avis hors champ ou au-delà de la mission

□ Pas d'analyse

AA) Contestation du deuxième jugement du TASS : □ OUI / □ NON

AB) Date Cour d'Appel : __/ __/ __

AC) Décision cour d'appel :

□ Reconnaissance MP □ Non Reconnaissance MP

AD) Notre analyse/conclusion sur le positionnement du 1er CRRMP :

□ Position Initiale Confortée

Ou, si 1er CRRMP débouté :

□ Problème de forme (délai, motivation en hors champ ou au delà de sa mission, etc…)

□ Problème de fond (élément nouveau, motivation différente, etc…)

2

Annexe D : Monographies M1, M2 et M3

Monographie M1 (1/2)

Le comité N-PdC-P a rendu un avis en février 2007 concernant un dossier de MP n° 57C présenté par la CPAM au titre de l'« alinéa 3 » pour un DDPC. Il a rédigé son AD ainsi :

« Madame « X », née en 1959, a travaillé comme monteuse en tableaux de bord de 1976 à 1979, puis comme manutentionnaire de 1979 à 1985. Depuis 2001, elle est vendeuse livreuse en boulangerie. Elle présente un syndrome du canal carpien droit en date du X.04.06.
Le dossier nous est présenté pour un dépassement du délai de prise en charge (4 mois 12 jours au lieu des 30 jours requis).
Après avoir entendu le service prévention de la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) et lu les éléments obtenus par le médecin du travail, le CRRMP constate l'importance du dépassement du délai de prise en charge pour une pathologie débutante sans histoire clinique. Il n'y a pas d'hypersollicitation du poignet droit dans l'activité professionnelle depuis 2001. Pour toutes ces raisons, il ne peut être retenu de lien direct entre l'affection présentée et l'exposition professionnelle. »

La salariée a contesté la décision et le TASS s'est prononcé en septembre 2008 en nommant d'emblée un second CRRMP, néanmoins, il s'est attaché à mettre en avant l'argumentaire du CRRMP N-PdC-P qui l'a surpris :

« *(…) Néanmoins, il convient de relever que le premier CRRMP avait été saisi pour donner son avis sur le défaut de réalisation de la condition administrative du délai de prise en charge, dès lors que la caisse avait admis la réalisation de la condition médicale mais également de la condition tenant à la liste limitative des travaux susceptibles de provoquer la maladie. En effet l'employeur lui-même précise (...que la salariée…) exécutait de façon habituelle des mouvements répétés ou prolongés d'extension des poignets ou de préhensions ou encore de pression prolongée du talon de la main (...) Dès lors l'avis défavorable du CRRMP motivé sur le défaut de rapport de causalité entre la maladie soumise à l'instruction et les expositions incriminées (pourtant visée dans le tableau 57C) ne peut que surprendre. (.../...)*

(.../...) En conséquence le CRRMP de (…) sera invité à motiver son avis au regard du délai de prise en charge, à ce titre il motivera son avis pour expliquer au tribunal en quoi les symptômes évoqués par Mme (…) peuvent ou non constituer des manifestations du syndrome du canal carpien droit. Il recherchera également si l'arrêt de travail du 08.12.2005 est en lien avec l'affection en cause (…) »

Le second CRRMP s'est prononcé en décembre 2008 et a rédigé son AD ainsi :

« Au vu des éléments du dossier, le Comité considère que l'on peut relier l'arrêt de travail du 08.12.05 au syndrome du canal carpien droit. Toutefois, le comité confirme l'avis du CRRMP de Lille pour l'absence d'exposition significative à des mouvements répétés ou forcés du poignet droit depuis 2001. En effet, le fait de couper le pain 1h30 à 2h le matin ne constitue pas en soi une exposition suffisante pour pouvoir être la cause directe d'un syndrome du canal carpien. Pour ces raisons, le Comité ne retient pas le lien direct entre la pathologie déclarée et l'exposition professionnelle. »

Dans son jugement définitif d'avril 2009, le TASS considère que le second CRRMP a bien reconnu l'arrêt maladie du 08.12.2005 comme étant en rapport avec le syndrome du canal carpien droit déclaré et considère donc que la condition du DPC est bien remplie. Il s'étonne à nouveau de l'argumentaire du second CRRMP :

« *(…) le CRRMP se contente de viser un manque suffisant de « mouvements répétés ou forcés du poignet » alors que le texte vise d'autres gestes relatifs à la main (...) D'autre part, la jurisprudence considère que pour détruire la présomption, il faut apporter la preuve que la maladie dont le salarié est atteint est due à une autre cause et que le risque n'a eu aucune influence sur son origine ou son évolution. Cette preuve n'étant pas apportée (...)* »

Le TASS considère que l'avis du second CRRMP répond à la problématique du DPC. Le TASS conclut ainsi sa décision par un AF envers la salariée, considérant que le second CRRMP a néanmoins répondu « au-delà » de sa mission en s'appuyant en plus sur l'analyse de l'activité professionnelle. Le TASS se permet de rappeler et préciser que les conditions liées à la liste limitative des travaux ont été acceptées par la CPAM. Il ajoute même que selon lui, la notion d'habitude pour une gestuelle consiste en une fréquence et non une durée.

Monographie M2

Le comité N-PdC-P a rendu un avis en décembre 2005 concernant un dossier de MP n° 98 présenté par la CPAM au titre de l'« alinéa 3 » pour une activité HLLT. Il avait préalablement demandé un sursis à statuer afin que la CRAM puisse enquêter sur l'activité professionnelle détaillée de l'intéressé. Il a rédigé son AD ainsi :

« Monsieur «Y», né en 1946, travaille comme magasinier et préparateur de commandes aux établissements (…). Il présente une sciatique par hernie discale L5/S1 en date du X.01.05 Le dossier nous est présenté pour un travail hors liste limitative des travaux.
Apres avoir entendu le service prévention de la CRAM et lu les éléments obtenus par le médecin du travail, le CRRMP a souhaité réaliser une nouvelle enquête du poste de travail incriminé. De cette étude, il ressort que la manutention respecte les abaques prévus par l'INRS (Institut National de Recherche et Sécurité), la contrainte est plutôt posturale.
Pour toutes ces raisons, il ne peut être retenu de lien direct entre l'affection présentée et l'exposition professionnelle. »

Le salarié a contesté la décision et le TASS s'est prononcé en mars 2007 en nommant d'emblée un second CRRMP. Le tribunal n'a pas analysé l'avis du premier comité et a missionné le second de rendre un avis sur le lien direct entre la pathologie incriminée et l'activité professionnelle.

Le second CRRMP s'est prononcé en octobre 2007 et a rédigé son AF ainsi :

« Les membres du CRRMP de la région (…) ont pris connaissance de l'ensemble du dossier de Monsieur « Y » et notamment d'une enquête complémentaire du service prévention de la CRAM Nord-Pas de Calais-Picardie. Il en ressort que l'intéressé « prépare des palettes… dont le poids moyen est de 100 kg et prépare en moyenne 10 palette par jour ». Cela donne de façon quotidienne une charge cumulée d'une tonne. Dans ces conditions, le comité estime que le sujet est soumis de façon habituelle à la manutention manuelle de charges lourdes. »

Dans son jugement définitif de février 2008, le TASS considère que le second CRRMP a rendu un avis clair et non équivoque appuyé d'une interprétation plus précise de son argumentaire. Le TASS rend à son tour un AF sur le dossier. Le TASS ne revient pas sur la décision ou l'argumentaire du premier avis.

Monographie M3

Le comité N-PdC-P a rendu un avis en janvier 2007 concernant un dossier de MP n° 4 présenté par la CPAM au titre de l'« alinéa 3 » pour un DDPC. Il a rédigé son AD ainsi :

« Monsieur « Z », né en 1941, a travaillé comme électricien dans différentes entreprises, en particulier à la (…) de 1957 à 1986 puis à (…) de 1991 à 1999.
Il présente une pancytopénie en date du X.03.06. Le dossier nous est présenté pour un dépassement du délai de prise en charge (19 ans 11 mois au lieu des 3 ans requis).
Après avoir entendu le service prévention de la CRAM et lu les éléments obtenus par le médecin du travail, le CRRMP constate l'importance du dépassement du délai de prise en charge pour une pathologie qui reste du domaine de l'atteinte aiguë ou subaiguë.
Pour toutes ces raisons, il ne peut être retenu de lien direct entre l'affection présentée et l'exposition professionnelle. »

Le salarié est décédé au cours de la procédure, en mars 2007, d'une leucémie aigüe myéloblastique. Ses ayants droit ont contesté la décision et le TASS s'est prononcé en septembre 2009 en nommant d'emblée un second CRRMP. Le tribunal n'a pas analysé l'avis du premier comité et a missionné le second de rendre un avis sur le lien direct entre la pathologie incriminée et l'activité professionnelle.

Le second CRRMP s'est prononcé en novembre 2010 et a rédigé son AF ainsi :

« Monsieur « Z » est décédé d'une leucémie aiguë myéloblastique. L'exposition au benzène a été certaine jusqu'en 1999 et il existe un lien direct entre cette exposition, prolongée, et la pathologie actuelle. Pour ces raisons, le Comité reconnait le lien direct entre la pathologie déclarée et l'exposition professionnelle. »

Dans son jugement définitif de mars 2011, le TASS considère que le second CRRMP a rendu un avis clair et non équivoque appuyé d'un nouvel argumentaire motivé par la présence d'éléments nouveaux au dossier. En effet la pathologie a évolué de la pancytopénie à la leucémie aigüe myéloblastique et la victime est malheureusement décédée. Le TASS rend logiquement à son tour un AF sur le dossier. Le TASS ne revient pas sur la décision ou l'argumentaire du premier avis.

AUTEUR : JOOSSEN Jackie

Date de Soutenance : 31 octobre 2013

Titre de la Thèse : Analyse des recours après décision du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles Nord-Pas-de-Calais-Picardie

Thèse - Médecine - Lille 2013

Cadre de classement : DES de Médecine du Travail

Mots-clés : Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles, CRRMP, recours, contentieux, maladies professionnelles, articles L. 461-1 et R. 142-24-2 du Code de la Sécurité Sociale

Résumé

Contexte : Le cœur de l'activité du Comité Régional de Reconnaissances des Maladies Professionnelles (CRRMP), est l'expertise du lien de causalité liant l'activité professionnelle à une pathologie. Le Code de la Sécurité Sociale (CSS) prévoit qu'un second comité soit nommé par le Tribunal des Affaires de Sécurité Sociale (TASS) en cas de contestation. Les membres du CRRMP rendant l'avis initial n'ont pas accès aux contenus et aux issues des procédures contentieuses. Sans retour d'information, ces comités ne peuvent s'en inspirer sur un plan pédagogique.

Méthode : En partenariat avec le Service médical régional Nord-Pas-de-Calais-Picardie (N-PdC-P) de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) nous avons, au travers d'une grille de lecture standardisée, mené une enquête rétrospective descriptive des procédures contentieuses par une analyse des données pertinentes issues des procès verbaux des comités et des tribunaux pour des maladies professionnelles (MP) déclarées entre 2005 et 2007 en région N-PdC-P.

Résultats : 27 cas s'intéressant à 26 assurés et 30 déclarations de MP ont été étudiés. L'avis du premier CRRMP a été confirmé 18 fois et infirmé 9 fois. L'argumentaire du second CRRMP a été systématiquement suivi par le tribunal. Les comités statuant sur un même dossier dans le cadre de l'article R. 142-24-2 du CSS sont majoritairement unanimes dans leur analyse (70,4% des cas, n=19). On retrouve néanmoins dans 25,9% des cas une analyse purement différente (n=7). La totalité des divergences d'analyse concerne strictement les troubles musculo-squelettiques.

Conclusion : Cette thèse a permis d'étudier les avis successifs des CRRMP ayant trait aux mêmes dossiers de MP, mais aussi les interactions qu'il existe entre les tribunaux et ces comités. Cette étude a démontré que les divergences de fond des avis successifs des CRRMP pourraient utilement nourrir une revue de dossiers au cours de réunions d'harmonisation organisées entre les membres des CRRMP.

Composition du Jury :

Président :

Monsieur le Professeur Paul FRIMAT

Assesseurs :

Monsieur le Docteur Gilles TOURNEL

Madame le Professeur Sophie FANTONI-QUINTON (Directrice de Thèse)

Monsieur le Docteur Philippe PETIT (Co-directeur de Thèse)

[redacted]