



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2013

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

***L'ACTION DU SERVICE DE PATHOLOGIES PROFESSIONNELLES
DU CHRU DE LILLE DANS LES AVIS CONCERNANT
LE CONTENTIEUX DES LESIONS PROFESSIONNELLES***

Présentée et soutenue publiquement le 15 Avril 2013

Par Florian TONE

Jury

Président : Monsieur le Professeur FRIMAT

Assesseurs : Madame le Professeur SOBASZEK

Directrice de Thèse : Madame le Professeur FANTONI-QUINTON

Co-directrice de Thèse: Madame le Docteur LEPAGE

TABLE DES MATIERES

1. INTRODUCTION	10
1.1. Historique de la connaissance, de la reconnaissance et de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles	11
1.2. La reconnaissance et la réparation des accidents du travail.....	18
1.2.1. Définition de l'accident du travail	18
1.2.2. La reconnaissance de la matérialité de l'accident du travail.....	18
1.2.3. La stabilisation des accidents du travail	20
1.2.4. L'indemnisation des accidents du travail (article L.431-1 et suivants du CSS).....	22
1.2.4.1. Avant la consolidation	22
1.2.4.2. Après la consolidation : l'incapacité partielle permanente (IPP)	23
1.3. La reconnaissance et la réparation des maladies professionnelles	25
1.3.1. Définition de la maladie professionnelle.....	25
1.3.2. Procédure de déclaration d'une maladie professionnelle	25
1.3.3. La reconnaissance du caractère professionnel d'une pathologie	28
1.3.3.1. Reconnaissance par présomption d'origine selon le « système des tableaux ».....	28
1.3.3.2. Système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles	29
1.3.3.3. Les maladies à caractère professionnel	31
1.3.4. L'indemnisation des maladies professionnelles.....	32
1.4. Le contentieux des accidents du travail et des maladies professionnelles.....	33
1.4.1. Les litiges médicaux.....	33
1.4.2. Les litiges administratifs	34
1.4.3. Les litiges techniques.....	37
1.5. Faits marquants et quelques chiffres	38
1.6. L'ETUDE.....	43
1.6.1. L'objectif principal	45
1.6.2. Les objectifs secondaires.....	45
2. MATERIEL ET METHODE	46
3. RESULTATS	51
3.1. Statistiques descriptives de la population étudiée	52
3.1.1. L'année d'inclusion	52
3.1.2. Le sexe	53

3.1.3.	L'âge.....	53
3.1.3.1.	Répartition des patients par âge en fonction du type de contentieux	54
3.1.4.	Le département du domicile	55
3.1.5.	Le statut socio-professionnel	55
3.1.6.	Le motif de consultation.....	56
3.1.6.1.	Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP selon le motif de consultation	57
3.1.6.2.	Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP selon le motif de consultation.....	57
3.1.7.	Présentation des résultats par organe atteint	58
3.1.8.	Présentation des résultats en fonction de la nuisance principale.....	59
3.1.8.1.	Répartition des consultations de la CPP-ME dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP en fonction de la nuisance principale	59
3.1.8.2.	Répartition des consultations de la CPP-ME dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP en fonction de la nuisance principale	60
3.1.9.	Bilan des avis de la CPP-ME.....	61
3.1.10.	Avis final du contentieux.....	62
3.1.11.	L'incidence professionnelle	63
3.1.11.1.	La prise en compte de l'incidence professionnelle chez les chômeurs interrogés dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP	63
3.1.12.	La durée du contentieux.....	64
3.1.12.1.	La durée de la procédure dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP	64
3.1.12.2.	La durée de la procédure dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP	65
3.1.13.	Juridiction au moment de la consultation.....	66
3.1.13.1.	La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction au moment de la consultation	66
3.1.13.2.	La répartition des consultations en vue de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction au moment de la consultation	66
3.1.14.	Juridiction ayant suivi la CPP-ME.....	67
3.1.14.1.	La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction ayant suivi la CPP-ME.....	67
3.1.14.2.	La répartition des consultations de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction ayant suivi la CPP-ME.....	67
3.1.15.	Juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux.....	68

3.1.15.1. La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux	68
3.1.15.2. La répartition des consultations de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux	68
3.1.16. Le taux de satisfaction de la population interrogée concernant la CPP-ME	69
3.1.17. Ressenti et impressions des patients au terme du questionnaire	70
3.2. Le devenir du dossier des patients.....	71
3.2.1. Le devenir du dossier des patients en fonction du motif de contentieux	71
3.2.1.1. Le devenir du dossier des patients en fonction du motif de consultation dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP.....	71
3.2.1.1.1. Les patients vus en CPP-ME en amont de toute décision de la Sécurité sociale .	71
3.2.1.1.2. Désaccord sur le diagnostic	72
3.2.1.1.3. Condition médico-administrative non-remplie.....	72
3.2.1.1.4. Absence d'exposition	73
3.2.1.1.5. Dépassement du délai de prise en charge	73
3.2.1.1.6. Non-respect de la liste limitative des travaux du tableau de maladies professionnelles	74
3.2.1.2. Le devenir du dossier des patients en fonction du motif de consultation dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP	75
3.2.1.2.1. Le taux initial d'IPP	75
3.2.1.2.2. Le taux d'IPP lors de l'aggravation des lésions	75
3.2.1.2.3. La consolidation des AT/MP	76
3.2.1.2.4. La rechute des AT/MP	76
3.2.2. Le devenir du dossier des patients en fonction de l'organe atteint.....	77
3.2.2.1. Le devenir du dossier des patients en fonction de l'organe atteint dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP.....	77
3.2.2.1.1. L'atteinte du membre supérieur	77
3.2.2.1.2. L'atteinte pulmonaire	78
3.2.2.1.3. L'atteinte rachidienne	79
3.2.2.1.4. L'atteinte pleurale	80
3.2.2.1.5 Les autres organes atteints dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP	81
3.2.2.2. Le devenir du dossier des patients en fonction de l'organe atteint dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP	82
3.2.2.2.1. L'atteinte du membre supérieur	82
3.2.2.2.2. L'atteinte pulmonaire	83

3.2.2.2.3. L'atteinte rachidienne	84
3.2.2.2.4. L'atteinte pleurale	85
3.2.2.2.5. L'atteinte du membre inférieur.....	86
3.3. L'analyse des décisions prises par la Sécurité sociale et les instances contentieuses à l'issue de la consultation de la CPP-ME.....	87
3.4. Les facteurs favorisant un avis favorable du contentieux de la réparation des AT/MP lorsque l'avis à l'issue de la CPP-ME a été favorable.....	88
3.4.1. L'année de consultation	89
3.4.2. Le sexe	89
3.4.3. L'âge.....	90
3.4.4. Le département du domicile	90
3.4.5. Le statut socio-professionnel	91
3.4.6. Le motif de consultation.....	92
3.4.7. L'organe atteint	93
3.4.8. La nuisance	94
3.4.9. La juridiction au moment de la CPP-ME.....	95
4. DISCUSSION	96
4.1. Le choix de l'objectif de l'étude.....	96
4.2. Les limites de l'étude.....	96
4.3. Les biais de l'étude	97
4.4. Les difficultés de l'étude.....	98
4.5. Résultats - Comparaison avec les données de la littérature	99
4.5.1. L'année de consultation	99
4.5.2. Le sexe	99
4.5.3. L'âge.....	100
4.5.4. Le département de domicile	100
4.5.5. Le motif de consultation.....	101
4.5.6. L'organe atteint	101
4.5.7. La nuisance	102
4.5.8. L'incidence professionnelle	102
4.5.9. L'avis de la consultation CPP-ME.....	103
4.5.10. La durée du contentieux.....	103
4.5.11. Les Juridictions	104
4.5.12. L'objectif principal	104

4.5.13. Ressenti et impressions des patients au terme du questionnaire	104
4.6. Les perspectives	105
5. CONCLUSION	106
6. BIBLIOGRAPHIE	108
INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX.....	112
ANNEXE 1.....	116
ANNEXE 2.....	118

Glossaire

CPP-ME	Consultation de Pathologies Professionnelles - Maintien dans l'emploi
CHRU	Centre Hospitalier Régional Universitaire
CPAM	Caisse Primaire d'Assurance Maladie
J.C.	Jésus Christ
CSS	Code de Sécurité Sociale
JO	Journal Officiel
AT	Accidents du Travail
MP	Maladies Professionnelles
CHSCT	Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
CARSAT	Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé Au Travail
IPP	Incapacité Partielle Permanente
IJ	Indemnités journalières
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
MDPH	Maison Départementale des Personnes Handicapées
CRRMP	Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles
CMI	Certificat Médical Initial
SNCF	Société Nationale des Chemins de Fer
EDF	Electricité de France
FIVA	Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante
TASS	Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale
CRA	Commission de Recours à l'Amiable
TCI	Tribunal du Contentieux de l'incapacité
CA	Cour d'Appel
CNITAAT	Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
PST	Plan Santé au Travail
TPE	Très Petites Entreprises
PME	Petites et Moyennes Entreprises
BTP	Bâtiment Travaux Publics
AAH	Allocation Adulte Handicapé
RNV3P	Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles
DPC	Durée de Prise en Charge
HLLT	Hors Liste Limitative des Travaux
DE	Durée d'Exposition
VPP	Valeur Prédictive Positive

1. INTRODUCTION

Le système français de reconnaissance et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT/MP) est complexe et parfois éprouvant pour la victime.

Les procédures sont assez souvent ressenties comme une longue attente dont l'issue est imprévisible, et parfois sans issue (1).

Pour beaucoup de salariés le passage devant un expert dure quelques instants, pour l'examen du dossier, souvent sans un regard pour le malade lui-même, laissant ce dernier déconcerté de n'avoir rien pu dire de son handicap qui entrave son activité (1).

Après avoir retracé l'historique qui amène à définir aujourd'hui les notions d'accident du travail et de maladie professionnelle, nous décrivons la phase d'instruction de la reconnaissance puis la réparation des lésions professionnelles.

Plusieurs litiges peuvent être évoqués tout au long de cette procédure.

La Consultation de Pathologies Professionnelles - Maintien dans l'emploi (CPP-ME) du CHRU de Lille peut aider les salariés au cours de ces différentes procédures de reconnaissance et de réparation des pathologies liées au travail, y compris en phase contentieuse.

Notre travail a pour objectif l'étude de la population qui nous a été adressée en consultation par les associations d'aide aux victimes de lésions professionnelles et l'analyse des décisions finalement prises par les instances contentieuses ou par la CPAM à partir des cas où notre avis a été favorable à cette contestation.

1.1. Historique de la connaissance, de la reconnaissance et de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

De tout temps, les liens entre travail et santé ont posé question. Connaissance, reconnaissance et réparation s'intriquent dans une histoire qui révèle l'ancienneté de cette préoccupation.

Les premières traces de la notion de risques professionnels remontent au **néolithique**. En 1895-1896, Sir Flinders Petrie fut celui qui découvrit sur des fossiles du néolithique un rebord de protection afin que les moissonneurs ne se blessent pas avec les lames de silex (2).

Sur un papyrus attribué à Imhotep et daté de **2500 ans avant Jésus-Christ**, l'égyptologue Edwin Smith lut la première description d'une pathologie professionnelle ; il s'agissait d'un lumbago survenu accidentellement chez un ouvrier employé à la construction des pyramides (2).

Hippocrate (**460-356 avant J.C.**) détaille la « colique de plomb » de l'ouvrier métallurgiste (2).

Sous le règne de Néron (**62 après J.C.**), le médecin Dioscoride décrit les troubles urinaires et neurologiques du saturnisme (2).

Pline l'Ancien (**30-79 après J.C.**) insiste sur l'utilité du port de masque chez les polisseurs (2).

Julius Pollux (**2ème siècle après J.C.**), le précepteur du fils de Marc-Aurèle, rédige un dictionnaire méthodique dans lequel il décrit l'équipement de protection individuelle au travail que doivent porter les mineurs pour se protéger des poussières et des accidents (2).

Au **XIIIème** siècle, apparaissent les premiers traités systématisant les maladies professionnelles. Le médecin Arnaud de Villeneuve propose, dans des chapitres comme « L'hygiène professionnelle » ou « Maladies des métiers », une analyse des contraintes professionnelles des verriers, des forgerons, des doreurs au mercure, et même des notaires « mal éclairés et sédentaires » (2).

Au **XV^{ème} siècle**, George Landmann Agricola, médecin saxon, détaille dans son livre « De re metallica », les nuisances de la métallurgie. Le médecin hanovrien Stockhusen décrit les paralysies du saturnisme en s'appuyant sur des chats des fonderies de plomb chez lesquels il note des troubles moteurs. Le médecin Paracelse décrit les maladies des mineurs dans son livre « De mordis metallicis » (2).

La notion d'indemnisation des maladies professionnelles est mentionnée pour la première fois en **1566**, sous Charles IX, mais elle supposait une action en justice du salarié contre l'employeur (3).

En **1700**, est publié à Modène l'ouvrage de référence dans l'histoire des risques professionnels, le « **Traité des maladies des ouvriers** » de **Bernardino Ramazzini**. Il a été traduit par Fourcroy en 1777. En décrivant plus de cinquante monographies professionnelles, il a posé les bases de la notion de maladie professionnelle (2)(4).

A partir du **XIX^{ème} siècle**, en même temps que la révolution industrielle, on assiste à une évolution des comportements sociaux. Cette évolution entraîne une prise en compte de la dimension sociale des conséquences du travail sur l'être humain. Des voix comme celles de Villermé ou Proudhon s'imposent. Le docteur Villermé décrit l'état physique et moral des ouvriers employés dans les usines de laine, de soie et de coton (2).

La notion d'indemnisation des victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles s'impose de plus en plus. En **1810**, un premier décret oblige le patronat à payer les frais médicaux des ouvriers blessés lors des accidents du travail (3).

En **1812**, un projet de règlement prévoit un chirurgien par exploitation minière. Ce projet est repris par le décret du 3 janvier 1813 contenant des dispositions relatives à l'exploitation des Mines. Le recours à des médecins d'entreprise et à des visites d'embauche s'instaure très rapidement dans les mines et les carrières (3).

Le **22 mars 1841** apparaît **la loi Cunin-Gidraïne**, la première loi française relative aux conditions de travail. Elle ne sera jamais vraiment appliquée (2).

A partir des **années 1860**, nous assistons à une évolution de l'hygiène industrielle, qui apparaît comme le récit d'un malentendu sur la perception des risques

professionnels, comme un décalage entre la logique de prévention des hygiénistes et celle économique, technique, du patronat (4).

L'analyse de ce décalage permet de déchiffrer les difficultés rencontrées au fil du temps pour faire accepter par la société les liens entre les conditions de travail et la dégradation de la santé.

Un des premiers à avoir montré comment est née la question de ces liens est Bernard-Pierre Lecuyer, dans ses travaux intitulés « Médecins et observateurs sociaux : les Annales d'hygiène publique et de médecine légale (1820-1850) » (4).

Les hygiénistes industriels de la seconde moitié du XIXe siècle décrivent le travail comme « une menace, patente ou sournoise, pour le corps de l'ouvrier » (4).

Leur travail, pendant la période 1860-1890, sur les effets d'une activité professionnelle sur une maladie donnée, aboutit à la création de listes ou de tableaux des professions usant des toxiques industriels. L'archétype en est le **tableau des intoxications saturnines professionnelles** présenté par Alexandre Layet en **1880** au congrès de Turin (4).

Les « pathologies professionnelles » deviennent une catégorie médico-légale mais aussi assurantielle, à travers l'enjeu de l'indemnisation (5).

La loi du **2 novembre 1882** régleme nte l'hygiène, la moralité et la sécurité des **travailleurs de moins de 18 ans** (2).

L'analyse des risques professionnels favorise l'apparition de **la loi du 12 juin 1893 sur l'hygiène et la sécurité des travailleurs dans les établissements industriels**, première du genre. Cette loi a pour but la diminution des nuisances au travail (4)(6).

Au fur et à mesure on assiste, d'une part, à un changement de la perception et des connaissances de l'ouvrier sur les risques du métier, et d'autre part, à une évolution de la compréhension et de la prise en compte de ces risques par les employeurs (4).

Les risques professionnels, devenus sujets d'investigations scientifiques, sont portés progressivement à la connaissance d'un public de plus en plus large (4).

A la fin du XIXème siècle et début du XXème siècle, suite à l'identification des agents pathogènes, se multiplient les recherches sur plusieurs maladies infectieuses

fréquentes chez certaines populations ouvrières (tuberculose, syphilis, infection charbonneuse).

Les fondements du **système français actuel de reconnaissance des pathologies professionnelles** remontent à la **loi du 9 avril 1898**, première loi relative aux accidents du travail, qui crée un régime spécial d'indemnisation des victimes d'accidents du travail (7).

Auparavant les victimes devaient apporter la preuve que le préjudice subi était la conséquence d'une faute de l'employeur, pour obtenir réparation en droit commun au titre des articles 1382 et 1383 du Code civil. Avec la loi de 1898, l'employeur est responsable des risques auxquels il expose son personnel, sans qu'une faute de la part de ce dernier doive être démontrée (8).

Construite sur le «principe de solidarité», la loi de 1898 marque, selon F. Ewald, la naissance du droit social en France. Elle fonde, d'après ce même auteur, un « droit des inégalités », selon lequel « chacun contribue suivant ses possibilités et reçoit suivant son malheur » (1)(9).

La création en **1905** de la **Commission d'hygiène Industrielle** permet une reconnaissance plus générale des risques professionnels.

En **1910** naît le **Code du travail**. Un chapitre est consacré aux déclarations des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pendant la période de la première guerre mondiale (**1914-1918**), de nombreuses études sont réalisées sur les maladies professionnelles dont pouvaient être victimes les ouvriers travaillant dans les usines d'armement (2).

Par la loi du **25 octobre 1919**, le système d'indemnisation prévu par la loi de 1898 pour les accidents du travail est étendu aux maladies professionnelles. Cette loi est fondée sur les mêmes principes que celle de 1898 et inscrit les maladies professionnelles dans la logique assurantielle. Les affections inscrites aux tableaux bénéficient d'une présomption légale d'origine professionnelle et l'indemnisation des victimes devient automatique (1)(8).

Ces deux lois ont à la base, d'une part, la notion de risque professionnel, et d'autre part, la notion de réparation forfaitaire ; autrement dit, elles sont l'intrication de la logique de santé publique et celle d'assurance (1).

Toujours en **1919**, sont créés **les deux premiers tableaux de maladies professionnelles au régime général** tels qu'on les connaît aujourd'hui. Ils concernent les pathologies liées à l'usage du **plomb** et du **mercure**.

En **1945**, se met en place **le régime de Sécurité sociale** ; la **loi du 30 Octobre 1946** abroge la loi de 1898 pour transférer aux caisses de Sécurité sociale la gestion du risque professionnel (articles L.452-5 et L.454-1 du Code de la Sécurité sociale) (7)(10)(11).

Cette loi donne naissance au système actuel de reconnaissance et de réparation des risques professionnels, en intégrant les principes d'individualisation et de mutualisation (7).

Par **l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967** (JO du 22 août 1967), la Caisse Nationale de Sécurité sociale est remplacée par **trois caisses nationales autonomes** qui coiffent les **quatre branches de la Sécurité sociale** : Maladie, Accidents du travail-Maladies professionnelles, Famille et Vieillesse (3).

Au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales, la liste des tableaux de maladies professionnelles s'enrichit. Les numéros des tableaux respectent leur chronologie d'apparition.

Conséquence directe de la logique assurantielle, l'inscription d'une pathologie aux tableaux de maladies professionnelles est le résultat d'une négociation paritaire tripartite entre le patronat, l'état et les syndicats, et non pas le fruit d'une évidence scientifique ou médicale. C'est ce qui explique la lenteur du processus de création de chaque tableau de maladies professionnelles, qui prend souvent de nombreuses années (1).

En dehors du régime général, le régime agricole crée dès **juin 1955** les 7 premiers tableaux de maladies professionnelles. Ils sont liés aux maladies infectieuses telles que le tétanos, l'ankylostomiase, le charbon, la leptospirose, la maladie de Lyme, la brucellose, la tularémie.

Les derniers tableaux ont été créés en 2009 pour le régime général (MP43bis - concerne les affections cancéreuses provoquées par l'aldéhyde formique) et en 1999 pour le régime agricole (MP57bis - concerne les lombalgies) (3).

Actuellement, il existe 118 tableaux pour le régime général et 65 maladies professionnelles reconnues pour le régime agricole.

L'encadrement et l'amélioration des procédures de reconnaissance et d'indemnisation des lésions professionnelles ont été marqués par quelques moments importants à la fin du XX^{ème} siècle et au début du XXI^{ème} siècle:

- **la création du système complémentaire de reconnaissance des MP** : la relative lenteur d'adaptation des tableaux de maladies professionnelles à l'évolution des connaissances scientifiques rend nécessaire la création d'un système complémentaire (Rapport Dorion, 1991). La **loi du 27 janvier 1993** ouvre la possibilité de reconnaissance en maladie professionnelle lorsque l'assuré ne satisfait pas à une des conditions des tableaux ou lorsque la maladie ne fait pas l'objet d'un tableau (et à condition, dans ce dernier cas, que le taux d'incapacité soit supérieur à un certain seuil) (3) ;
- La **loi de financement de la Sécurité sociale pour 1997** crée un versement annuel de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » à la branche « maladie », pour tenir compte des dépenses qui, du fait d'une sous-évaluation, d'une sous-déclaration ou d'une sous-reconnaissance des maladies professionnelles, sont indûment prises en charge par l'assurance maladie. Cette loi crée également une commission chargée d'établir le montant du reversement (3) ;
- La **loi de financement de la Sécurité sociale pour 1998** fait courir le délai de prescription à la date à laquelle l'assuré est informé du lien possible entre la maladie et son activité professionnelle et non plus à la date de la première constatation médicale, évitant ainsi que la prescription ne soit opposée à des assurés non informés du caractère possiblement professionnel de leur maladie (3). Le **décret du 27 avril 1999** encadre strictement les délais d'instruction des caisses et prévoit le principe de la reconnaissance implicite du caractère professionnel de la maladie à défaut de la décision contrainte de la caisse dans un délai de 3 mois renouvelable une fois (3) ;

➤ La **loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002** élargit le champ du versement aux accidents du travail et son montant est substantiellement accru, passant de 900 millions de francs à 330 millions d'euros en 2003 (3).

1.2. La reconnaissance et la réparation des accidents du travail

1.2.1. Définition de l'accident du travail

L'arrêt du 4 novembre 1970 de la chambre sociale de la Cour de cassation définissait l'accident du travail ainsi : « La brusque apparition au temps et sur le lieu de travail d'une lésion physique constitue à elle seule un accident présumé imputable au travail, sauf preuve que celui-ci y est totalement étranger ».

Les évolutions de la jurisprudence (arrêt de la chambre sociale de la Cour de Cassation du 2 avril 2003) ont amené à la définition actuelle de l'accident du travail : il s'agit « d'un événement ou d'une série d'événements survenus à des dates certaines par le fait ou à l'occasion du travail dont il résulte une lésion corporelle ou psychique » (12)(13).

1.2.2. La reconnaissance de la matérialité de l'accident du travail

La **preuve** du fait accidentel **incombe à l'assuré**. Il doit, dans les **24 heures** qui suivent l'accident, en informer ou en faire informer l'employeur.

En application des articles L.441-2 et R.441-2 du Code de la Sécurité sociale, l'employeur doit déclarer, dans les **48 heures** après l'annonce de l'accident, à la CPAM, par lettre recommandée, l'accident dont il a été informé (14).

En cas de carence éventuelle de l'employeur, la victime a la possibilité de déclarer personnellement l'accident dans le délai de 2 ans après les faits. De plus, l'absence de déclaration dans le délai rend l'entreprise passible de sanction (article L.471-1 du CSS) (15) (16).

La caisse régionale peut autoriser l'employeur à remplacer la déclaration initiale des accidents n'entraînant ni arrêt de travail ni soins médicaux, par une inscription sur un registre ouvert à cet effet, appelé le **registre des accidents bénins**. L'employeur est tenu d'aviser le CHSCT (Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail). Si l'accident qui a fait initialement l'objet d'une simple inscription sur ce registre entraîne par la suite un arrêt de travail ou des soins médicaux, l'employeur est alors tenu d'adresser la déclaration normale dans un délai de 48 heures suivant la survenance de la situation nouvelle (15). Il faut noter qu'au stade de la déclaration de

l'accident du travail, l'employeur n'a aucun pouvoir d'appréciation, la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident étant de la compétence exclusive du service administratif de la CPAM (12)(13).

Un **délaï d'instruction** de 30 jours est fixé à partir de la date à laquelle la caisse a reçu la déclaration d'accident. Un délai complémentaire de 2 mois maximum peut être demandé par la caisse.

Au-delà de ces délais et en l'absence de réponse de la caisse, le caractère professionnel de l'accident est reconnu (12)(13).

La caisse qui manifeste son intention de contester le caractère professionnel de l'accident doit en informer par écrit la victime et l'employeur sous pli recommandé avec accusé de réception (article R.441-10 du CSS) (15)(17).

Le **certificat médical initial** représente un document essentiel pour le suivi de l'accident. Il permet d'établir la réalité de la lésion. La causalité entre le fait accidentel et les lésions initiales est présumée établie si l'accident se réalise dans les conditions données par la jurisprudence (fait précis, sous la subordination de l'employeur, au temps de travail). L'assuré n'a pas à en apporter la preuve. Le certificat est archivé sans limitation de temps par la caisse et servira de base médico-légale en cas de rechute ou d'aggravation (12)(13).

Une fois la matérialité de l'accident et sa relation avec le travail établies, les dommages corporels constatés sont présumés imputables au fait accidentel. La présomption d'imputabilité est valable également pour toutes les complications éventuelles survenues au cours du traitement et de l'évolution des lésions initiales. Le principe de la causalité entre l'accident et les complications bénéficie à l'assuré en cas de doute (12)(13).

Lors de la survenue d'une nouvelle lésion à distance de l'accident, la présomption d'imputabilité ne s'impose plus : dans ce cas, il revient au salarié d'apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et la nouvelle lésion.

En cas de non-respect du délai prescrit de 24 heures pour la déclaration d'un accident à caractère professionnel, la charge de prouver la matérialité de l'accident mais aussi la relation de causalité entre l'accident et la lésion revient également à la victime. Même si l'employeur reste tenu de faire la déclaration de l'accident, la présomption d'imputabilité des lésions n'est plus valable dans ce cas (12)(13).

L'accident de trajet (article L.411-2 du CSS) - est également considéré comme accident du travail, l'accident survenu à un travailleur, pendant le trajet d'aller et retour entre (12)(13)(18) :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail (12)(13)(18) ;
- le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi (12)(13)(18).

Dans le cas de l'accident de trajet, **la présomption d'imputabilité n'existe pas**. Le salarié doit apporter la preuve de sa bonne foi (constats, témoignages).

1.2.3. La stabilisation des accidents du travail

La **stabilisation** représente le moment où il n'y a plus d'évolution des lésions provoquées par l'accident du travail. Elle peut déboucher soit sur une guérison, soit sur une consolidation (CSS, livre IV, annexes I, II). Une fois la stabilisation déclarée par la Sécurité sociale, le versement des indemnités journalières prend fin.

Toute contestation de la date de stabilisation relève de l'expertise médicale prévue par l'article L.141-1 du CSS (19).

La **guérison** symbolise la disparition complète des lésions consécutives à l'accident, autrement dit l'absence de toute séquelle. Cela signifie qu'aucun taux d'incapacité partielle permanente (IPP) ne pourra être proposé.

La **consolidation** correspond au moment où les lésions initiales prennent un caractère permanent, sinon définitif ; un traitement n'est plus en principe nécessaire, sinon pour éviter une aggravation. Dans ce cas, il apparaît la notion de séquelles, permettant d'apprécier le degré d'incapacité permanente. Les soins post-consolidation, prescrits pour ces séquelles imputables directement à l'accident du travail, nécessitent un accord entre le médecin traitant et le médecin conseil.

Il est important de noter que la consolidation ne coïncide pas obligatoirement avec la reprise du travail, qui peut être antérieure à la date de guérison ou de consolidation. Il s'agit alors d'une reprise avec soin. Il peut y avoir également une consolidation sans reprise du travail en raison de la gravité des séquelles.

La **rechute** se définit par l'apparition d'un évènement médical nouveau, nécessitant des soins actifs (aggravation de la lésion initiale ou une nouvelle lésion), directement en rapport avec l'accident initial (articles L.443-1, L.443-2, R.441-10 et L.441-16 du CSS) (12)(20).

La présomption d'imputabilité n'est alors pas valable, le salarié devant apporter la preuve du lien de causalité entre l'accident et la lésion nouvelle (12).

La **guérison de la rechute** signifie seulement un retour à l'état antérieur et n'entraîne pas la suppression d'une rente d'IPP versée auparavant. Il n'y a pas de nouvel examen du taux dans ce cas (12).

La **consolidation de la rechute** correspond à une modification de l'état séquellaire, en hausse ou en baisse, et nécessitera une nouvelle évaluation. La constatation de l'aggravation des séquelles ne nécessitant pas de traitement actif, ne doit pas faire l'objet d'une demande de reconnaissance de rechute, mais entrer dans le cadre d'une demande de révision du taux d'IPP (12).

1.2.4. L'indemnisation des accidents du travail (article L.431-1 et suivants du CSS)

1.2.4.1. Avant la consolidation

- **Prestations en espèces** (les indemnités journalières) :
 - Sont payées à la victime pendant toute la période d'incapacité de travail qui précède la stabilisation (valable pour l'accident initial mais aussi pour les rechutes) ;
 - Il n'y a pas de délai de carence de 3 jours comme pour la maladie ordinaire ;
 - Le versement de l'indemnité se fait tous les jours, sans distinction entre jours ouvrables et non ouvrables ;
 - Elles ne sont pas imposables ;
 - La base de calcul est plus large qu'en maladie ordinaire : 60 % du salaire journalier réel les 28 premiers jours, 80 % du salaire journalier réel après ce délai, aussi longtemps que l'état le justifie (12)(13)(21).
- **Prestations en nature** (article L.431-1 du CSS) (22) :
 - Prise en charge intégrale avec tiers payant de tous les frais nécessaires à la prise en charge thérapeutique, la réadaptation fonctionnelle, la rééducation professionnelle et le reclassement du salarié.
- **Rééducation professionnelle** (articles L.432-9, R.432-6 du CSS et la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées) (23) :
 - Peut être acceptée lorsque la victime est inapte à son ancien poste ;
 - Le dossier est soumis à la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH), qui siège à la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH). Lorsqu'un stage de reclassement professionnel n'est pas réalisable, la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé permet d'améliorer la situation du salarié dans le domaine du travail et favoriser l'embauche.

1.2.4.2. Après la consolidation : l'incapacité partielle permanente (IPP)

Le taux d'IPP est déterminé compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité figurant au CSS (article L.434-2, livre IV, annexe I, décret 93-74 du 18 janvier 1993, JO du 20 janvier 1993), selon plusieurs critères (24) :

- La nature de l'infirmité, donnée de base qui sera corrigée en fonction des autres éléments que présente la victime ;
- L'état général ;
- L'âge ;
- Les facultés physiques et mentales de la victime tout en tenant compte de l'état des infirmités antérieures ;
- Les aptitudes et la qualification professionnelle du salarié (12)(13)(21)(24).

Dans le cas particulier des **infirmités antérieures**, seules les séquelles rattachables à l'accident sont indemnisables. La **formule de Gabrielli** peut être une aide dans l'évaluation d'un accident intriqué à un état antérieur :

Taux recherché = $(C1-C2)/C1$, ou C1 est l'estimation de la capacité réelle du blessé avant l'accident et C2 est la capacité restante après l'accident (12).

Lorsqu'un accident a entraîné des **lésions multiples**, le taux global peut être calculé par la **formule de Balthazard**. Chaque infirmité est évaluée séparément en calculant à chaque fois une capacité restante. Le taux final sera donc la somme des infirmités calculées après appréciation des capacités restantes. Les infirmités portant sur les segments différents du même membre peuvent s'additionner sans que le total puisse excéder la perte de fonction du membre entier (12).

La **révision du taux d'IPP** a comme textes de références les articles R.434-34 et 35, L.443-1 et R.443-4 et 5 du CSS (25). Les décisions sont prises selon les mêmes critères que pour la fixation du taux initial. La Sécurité sociale, la victime ou ses ayants droit peuvent être à l'origine de la demande de révision du taux d'IPP (articles L.443-1, R.443-4, R.443-5 du CSS)(12)(13)(25).

Le **calcul de la rente est fait en fonction du taux d'IPP** (articles L.434-1 à 3, R.434-1 et 2, R.434-5 et 6 et R.434-36 du CSS) :

- Si l'IPP est inférieure à 10%, une indemnité sous forme d'un capital est attribuée à la victime. Le montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et est déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret ;
- Si l'IPP est supérieure ou égale à 10%, l'indemnité se fait sous forme d'une rente égale au salaire annuel (S) de la victime (limité à un plafond), multiplié par le taux d'IPP préalablement réduit de moitié pour la part ne dépassant pas 50%, et augmenté de moitié pour la part qui excède 50 % :

$$R = S \times (IPP/2) \text{ si IPP de 10 à 50 \%}$$

$$R = 0,5 \times S + 1,5 \times (IPP > 50) S \text{ si IPP supérieure à 50\% (13) (21)(26)}$$

Un plafond de rente «R» est prévu quel que soit le salaire. Le versement de la rente est effectué à partir du lendemain de la date de consolidation de l'accident (12).

Lorsque l'incapacité est supérieure à 66,66 %, d'autres dispositions peuvent s'appliquer :

- **Si le taux est égal ou supérieur à 66,66 %** : le salarié, son conjoint et ses ayants droit sont exonérés du ticket modérateur pour tous les soins médicaux et remboursements de médicaments (sauf pour ceux à vignette bleue qui sont remboursés à hauteur de 35 %) ;
- **Si le taux est égal ou supérieur à 80 %** : la rente est majorée de 40 % si la victime doit avoir recours à une tierce personne pour l'aider dans sa vie quotidienne (26).

Lorsque l'employeur est reconnu responsable d'une « **faute inexcusable** », la victime peut voir son indemnisation majorée, avec en particulier l'indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux. Dans ce cas, seront notamment pris en considération :

- Le pretium doloris, qui quantifie les souffrances endurées pendant l'incapacité ;
- Le préjudice esthétique, qui chiffre en particulier les cicatrices ou déformations inesthétiques séquellaires ;
- Le préjudice d'agrément, qui compense l'impossibilité établie par la victime de pratiquer certaines activités de loisir, en particulier sportives.

Enfin, lorsque les séquelles des lésions professionnelles ont été telles qu'elles ont abouti à un licenciement pour inaptitude médicale au poste de travail, un taux complémentaire intitulé «**incidence professionnelle**» peut être calculé. Il est évalué à hauteur de 10% du taux d'IPP initialement calculé et additionné à celui-ci (12)(13).

1.3. La reconnaissance et la réparation des maladies professionnelles

1.3.1. Définition de la maladie professionnelle

Une maladie est « professionnelle » si elle est la conséquence directe de l'exposition habituelle d'un travailleur à une nuisance physique, chimique ou biologique au cours de son activité professionnelle (13).

1.3.2. Procédure de déclaration d'une maladie professionnelle

Contrairement au cas des accidents du travail, pour les maladies professionnelles c'est à **la victime** de remettre à la CPAM dont elle dépend (à la Caisse de mutualité sociale agricole ou à l'organisme d'affiliation dans les autres cas) :

- La déclaration de maladie professionnelle (document normalisé) ;
- Le certificat médical initial établi par un médecin ;
- L'attestation de salaire fournie par l'employeur (13).

Il existe un **délai de prescription de 2 ans** au-delà duquel la demande ne peut plus être prise en considération. Ce délai représente la période entre le moment où le salarié a été informé du caractère professionnel potentiel de la pathologie et le moment de la déclaration à la Sécurité sociale.

- **Le médecin** établit et remet à l'assuré le **certificat médical initial** indiquant la nature de la maladie et notamment les manifestations constatées pouvant être imputées au risque professionnel, ainsi que les suites probables ; tout médecin, quel que soit son statut et quel que soit son mode d'exercice, est concerné par cette procédure de déclaration. Un **délai de prise en charge** doit être respecté, défini par la période entre l'arrêt de l'exposition professionnelle à un risque et le moment de la première constatation médicale de la maladie (1)(13) ;
- **La CPAM** adresse une copie de la déclaration et du certificat médical initial à l'Inspection du Travail ; le double de la déclaration de maladie professionnelle, adressé par l'assuré à la CPAM, est envoyé à l'employeur, qui en est ainsi informé officiellement ; une feuille de soins est remise à la victime pour qu'elle puisse bénéficier du paiement direct des prestations (13).

La CPAM dispose d'un **délai de 3 mois (délai d'instruction)** à compter de la date de réception de la déclaration de maladie professionnelle pour contester le caractère professionnel de la maladie. Un délai complémentaire de 3 mois peut être sollicité ; la CPAM informe l'assuré et l'employeur de ce recours (13).

Si le délai d'instruction est dépassé, la reconnaissance de la pathologie est acquise pour l'assuré.

Le respect des **conditions administratives** (exposition au risque, délais) est vérifié par un questionnaire envoyé à l'employeur et à la victime ou par une enquête dite «administrative» auprès des intéressés. En cas de doute sur l'exposition, faute d'informations disponibles, la caisse est amenée à statuer par une décision de rejet administratif (1)(13).

La CPAM soumet obligatoirement pour avis le dossier au service médical. Le **médecin-conseil** doit vérifier si le diagnostic invoqué est exact et si la pathologie déclarée figure dans un des tableaux de maladie professionnelle (13).

Dans des cas complexes, à la demande des médecins conseils, la CPAM peut faire appel à des experts (expertise médicale) (1).

Au terme de cette analyse, si toutes les conditions médicales et administratives sont remplies, l'affection est présumée d'origine professionnelle au titre du 2ème alinéa de l'article L.461-1 du CSS (Figure 1) (13)(27).

Dans le cas où le dossier relèverait du Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP), le médecin-conseil devra rédiger un rapport circonstancié sur la pathologie présentée et sur ses causes probables (13).

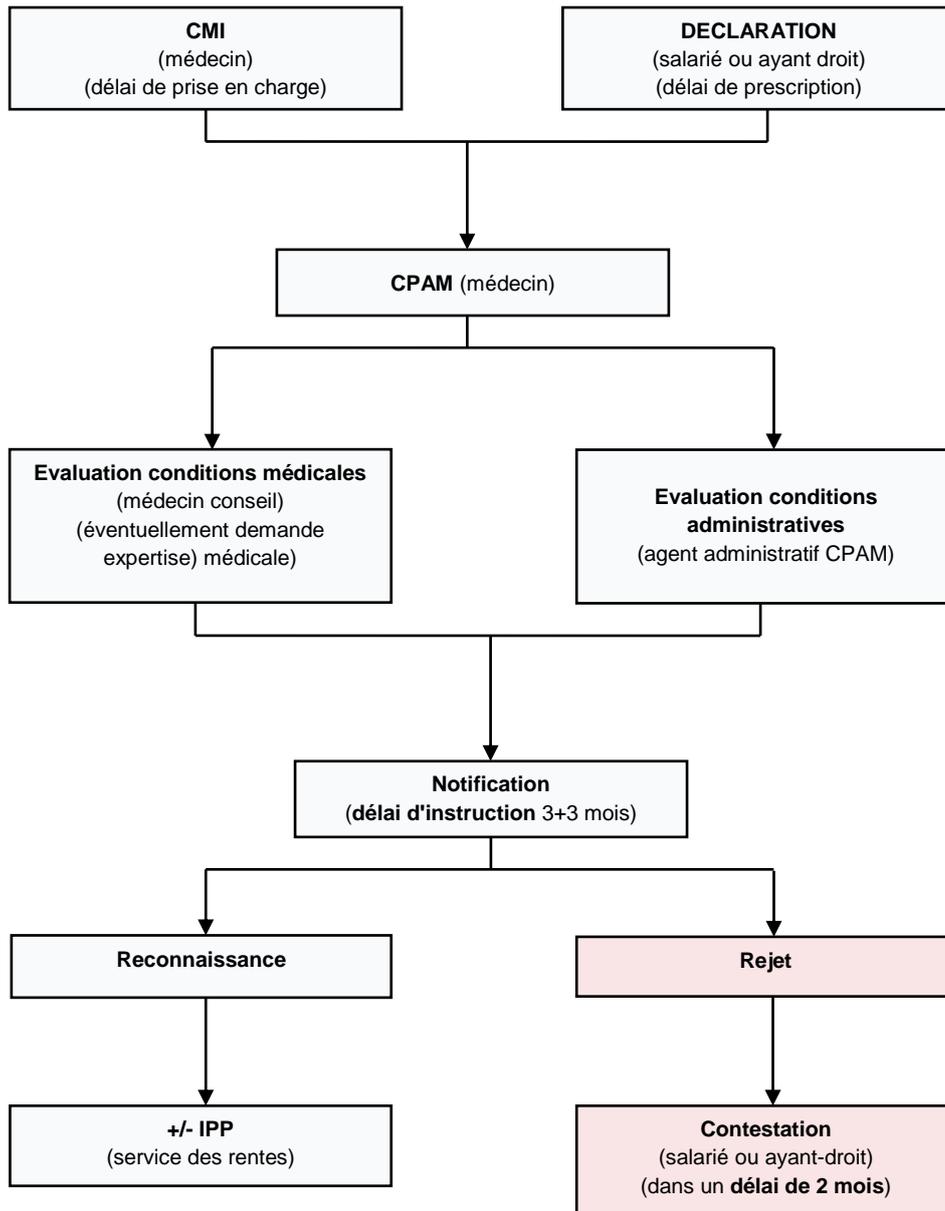


Figure 1: La procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle (1)

1.3.3. La reconnaissance du caractère professionnel d'une pathologie

Certaines maladies professionnelles s'apparentent aux accidents du travail et sont prises en charge comme tels, soit du fait de la brutalité de leur survenue (certaines intoxications aiguës en milieu de travail par exemple), soit parce qu'elles sont la complication d'un accident initial (tétanos après blessure par exemple) (13).

Cependant, les maladies professionnelles sont généralement plutôt d'apparition progressive, difficile à situer dans le temps ; elles résultent d'expositions professionnelles plus ou moins modérées mais répétées, souvent complexes et difficiles à caractériser. Il est donc difficile de se baser sur la notion de preuve pour établir, dans tous les cas, l'origine professionnelle d'une maladie (13).

Les modalités de reconnaissance en maladie professionnelle dépendent du statut socio-professionnel du patient et du type de pathologie.

Les patients du **secteur privé** (régime général, régime agricole, SNCF, EDF etc.) peuvent bénéficier de trois modalités de reconnaissance en maladie professionnelle, en fonction de l'existence d'un tableau de maladie professionnelle et du respect des critères de ce tableau (28).

1.3.3.1. Reconnaissance par présomption d'origine selon le « système des tableaux »

Ce système (alinéa 2 de l'article L.461-1 du CSS) concerne le régime général et le régime agricole, 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 (13)(28).

Le principe de la présomption d'origine est que toute affection qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives spécifiques dans un tableau est systématiquement « 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 (13)(28).

Les tableaux des maladies professionnelles sont créés et modifiés par décret, après validation par les partenaires sociaux, en fonction de l'évolution des techniques, des progrès des connaissances médicales et surtout sur les relations entre les maladies et les expositions professionnelles. Les tableaux sont différents pour le régime général et le régime agricole.

Chaque tableau est composé de trois colonnes :

- Celle de gauche désigne la maladie (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, défini par le délai maximal entre l'arrêt de l'exposition professionnelle au risque et la première constatation médicale de l'affection ; la notion de durée minimale d'exposition à la nuisance apparaît également dans certains tableaux ; en dessous de cette durée, 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 dernier 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 (13)(28).

1.3.3.2. Système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles

Il s'agit d'un système de preuves dont l'appréciation revient au Comité Régional de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP) institué par la loi du 27 janvier 1993. **Le CRRMP** comprend (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 par le préfet de région sur proposition du directeur régional des affaires sanitaires et sociales (15)(29).

Ce système complémentaire permet maintenant la reconnaissance d'autres affections qui ne rentrent pas dans le cadre des tableaux, avec toutefois certaines limites (Figure 2) (13)(28)(30).

Reconnaissance au titre de l'alinéa 3 : lorsque l'affection est décrite dans un des tableaux de maladies professionnelles, mais que certains critères administratifs ne sont pas respectés (délai de prise en charge dépassé, durée minimale d'exposition insuffisante, métier ne figurant pas dans la liste limitative du tableau), le dossier est automatiquement transmis par la Caisse de Sécurité sociale au CRRMP. Ce comité doit définir si l'affection est directement liée à l'activité professionnelle habituelle du patient (Figure 1) (28)(30).

Reconnaissance au titre de l'alinéa 4 : si aucun tableau ne mentionne l'affection du patient, le CRRMP n'est saisi qu'en cas d'affection grave ayant entraîné le décès ou dont le taux prévisible d'incapacité permanente partielle (IPP) est supérieur ou égal à 25 %. Il doit définir si l'affection est directement et essentiellement liée à l'activité professionnelle du patient (Figure 2) (28)(30).

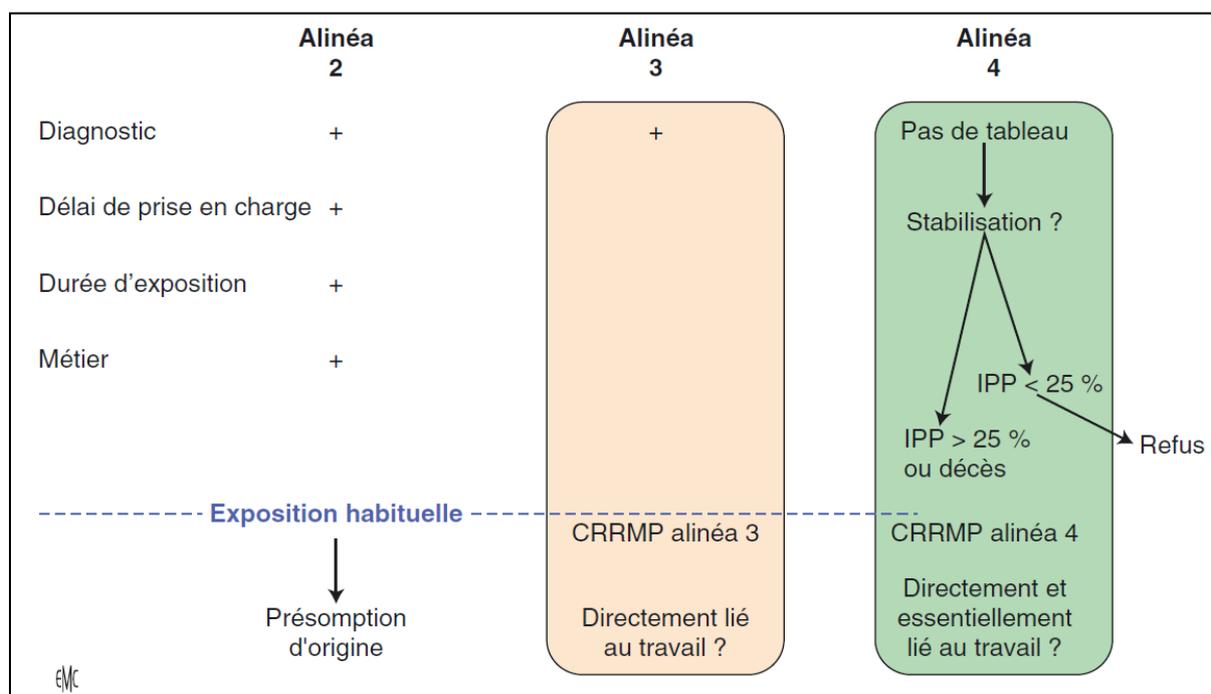


Figure 2. Récapitulatif des différents moyens de reconnaissance en maladie professionnelle indemnisables (28)

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 ou 4 de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale, et que la demande initiale est faite dans le cadre habituel (28)(30).

La victime est simplement informée que sa demande de maladie professionnelle nécessite un examen et une instruction dans le cadre du comité. Toutefois, la victime peut également saisir directement le CRRMP lorsqu'elle estime relever des conditions prévues par les alinéas 3 ou 4 de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale ; dans ce cas, l'instruction du dossier est faite par l'organisme d'assurance maladie concerné (28)(30).

Le CRRMP évalue tous les éléments permettant d'étayer la relation entre l'exposition professionnelle du patient (nature, durée, intensité, etc.) et la survenue de l'affection (type de maladie, délai d'apparition depuis le début et la fin de l'exposition, étiologies non professionnelles, arguments expérimentaux et épidémiologiques, etc.). L'examen du dossier par le comité, qui donne un avis motivé qui s'impose aux caisses, s'impute sur le délai maximal de 3 mois (porté à 6 mois si des examens et enquêtes complémentaires sont nécessaires) d'instruction du dossier de MP (28)(30).

1.3.3.3. Les maladies à caractère professionnel

Une déclaration de maladie à caractère professionnel doit être faite, en application de l'article L.461-6 du Code de la Sécurité sociale, au cas où la maladie n'est pas inscrite à un tableau et que les critères de l'alinéa 4 de l'article L.461-1 du Code de la Sécurité sociale ne sont pas remplis, mais qu'une origine professionnelle est fortement soupçonnée. Il s'agit d'une déclaration anonyme, sur un formulaire prévu à cet effet. Elle doit être adressée au Ministère du travail par l'intermédiaire des médecins-inspecteurs du travail. Cette déclaration a pour but une meilleure connaissance des maladies professionnelles et l'extension des tableaux. Il est à noter que la déclaration en maladie à caractère professionnel n'entraîne aucun avantage particulier pour la victime, aucune protection de son emploi, et si un tableau est créé, toutes les démarches de déclaration en maladie professionnelle doivent être effectuées (28)(30).

Il convient cependant de signaler qu'une déclaration, selon l'article L.461-6 du Code de la Sécurité sociale, peut toujours être utilisée dans le cadre d'une action en droit commun organisée par l'assuré. Le tribunal statue en particulier après rapport d'expert sur l'existence de ce lien et fixe en cas de réponse positive la date de départ de la reconnaissance (28)(30).

1.3.4. L'indemnisation des maladies professionnelles

Le principe de réparation des maladies professionnelles est le même que pour les AT (Tableau 1) : prise en charge à 100 % des soins, indemnités journalières particulières en cas d'arrêt de travail, attribution d'un taux d'IPP en cas de séquelles permettant l'attribution d'un capital ou d'une rente (13).

Période	Durée	Prestations en nature en AT-MP (versus maladie ordinaire)	Prestations en espèces en AT-MP (versus maladie ordinaire)
Incapacité temporaire	Du 1-er jour → guérison ou consolidation Période de rechute	Gratuité des soins Pas de tiers payant Exonération du ticket modérateur	IJ: pas de délai de carence (3 jours de carence) IJ versées pour chaque jour: pas de distinction jour ouvrables ou non IJ plus avantageuses qu'en MO: <ul style="list-style-type: none"> • du 1-er au 28e jour d'arrêt de travail: 60% salaire brut journalier • à partir du 29e jour: 80% • IJ imposables pour 50% de leur montant
Incapacité permanente	A partir de la date de consolidation	Gratuité des soins post-consolidation Tiers payant Exonération du ticket modérateur	Fin des IJ Evaluation de l'IPP: <ul style="list-style-type: none"> • capital: taux IPP < 10% ou • rente: taux IPP ≥ 10%

Tableau 1 : Récapitulatif des prestations octroyées au salarié victime d'une maladie professionnelle en comparaison à celles de la maladie ordinaire (28)

Pour les pathologies professionnelles liées à l'amiante, il existe un système de réparation dans le cadre du Fond d'Indemnisation des Victimes de l'Amiante (FIVA). Par ailleurs, sous certaines conditions, les personnes exposées à l'amiante peuvent bénéficier d'une cessation anticipée d'activité (13).

1.4. Le contentieux des accidents du travail et des maladies professionnelles

Les accidents du travail et les maladies professionnelles sont à l'origine de contentieux multiples du fait de l'intrication d'éléments médicaux et administratifs lors de leur prise en charge (31).

Les assurés sociaux, comme les employeurs, ont la possibilité de contester les décisions de la CPAM liées aux accidents du travail et maladies professionnelles (31).

Chaque procédure obéit à sa propre logique, le point fondamental à respecter étant l'objet de la contestation, ou autrement dit le type de litige (31).

Les voies de recours sont différentes selon le type de litige :

1.4.1. Les litiges médicaux

Les litiges médicaux (article L.141-1 du CSS) sont ceux pour lesquels le médecin est directement concerné, car son avis n'est pas suivi (28) ; la voie de recours est basée sur **l'expertise médicale** ; l'objet de la contestation peut être :

- La date de consolidation ou de stabilisation de l'état du patient ;
- L'imputabilité d'une pathologie au travail ;
- Le désaccord sur le diagnostic d'une pathologie professionnelle ;
- La justification des soins soumis à une entente préalable ;
- La poursuite des soins d'entretien destinés à éviter une aggravation après consolidation (31).

Le médecin qui doit procéder à l'expertise est désigné de commun accord entre le médecin traitant de l'assuré et le médecin-conseil (15).

Le **délai de recours** après notification de la décision est de **1 mois**.

1.4.2. Les litiges administratifs

L'objet du litige peut être :

- La reconnaissance d'une exposition à un risque ;
- La matérialité d'un accident ;
- Le mode de calcul du montant d'une rente d'IPP ;
- Le non-respect des critères médicaux de la 1ere colonne des Tableaux de MP ;
- Le dépassement du délai de prescription biennale. (31)

L'ensemble de ces conflits est soumis au **Tribunal des Affaires de la Sécurité Sociale** (TASS) après une phase amiable (auprès de la **Commission de Recours Amiable** ou CRA) (Figure 3). Le délai de recours est de 2 mois. La **CRA** est une émanation du conseil d'administration de la caisse, qui examine à un stade amiable la conformité des décisions en fonction de la législation. Elle doit répondre dans un délai d'un mois. A défaut, la demande est réputée rejetée et sera examinée par le tribunal compétent (Figure 4) (31)(32).

Le **TASS** constitue la juridiction de première instance pour les litiges relevant du contentieux général de la Sécurité sociale pour les sommes supérieures à 4000 euros ou indéterminées. Il est composé de:

- Un magistrat du siège du Tribunal de grande instance ;
- Un assesseur représentant des travailleurs patients ;
- Un assesseur représentant des employeurs et des travailleurs indépendants (33).

L'appel est possible dans un délai de 1 mois au niveau de la chambre sociale de la **Cour d'appel**. Un recours est possible dans un délai de 2 mois devant la chambre sociale de la **Cour de cassation** (31).

Pour les litiges de moins de 4000 euros, le TASS décide en dernier ressort. Un recours est possible en cassation (33).

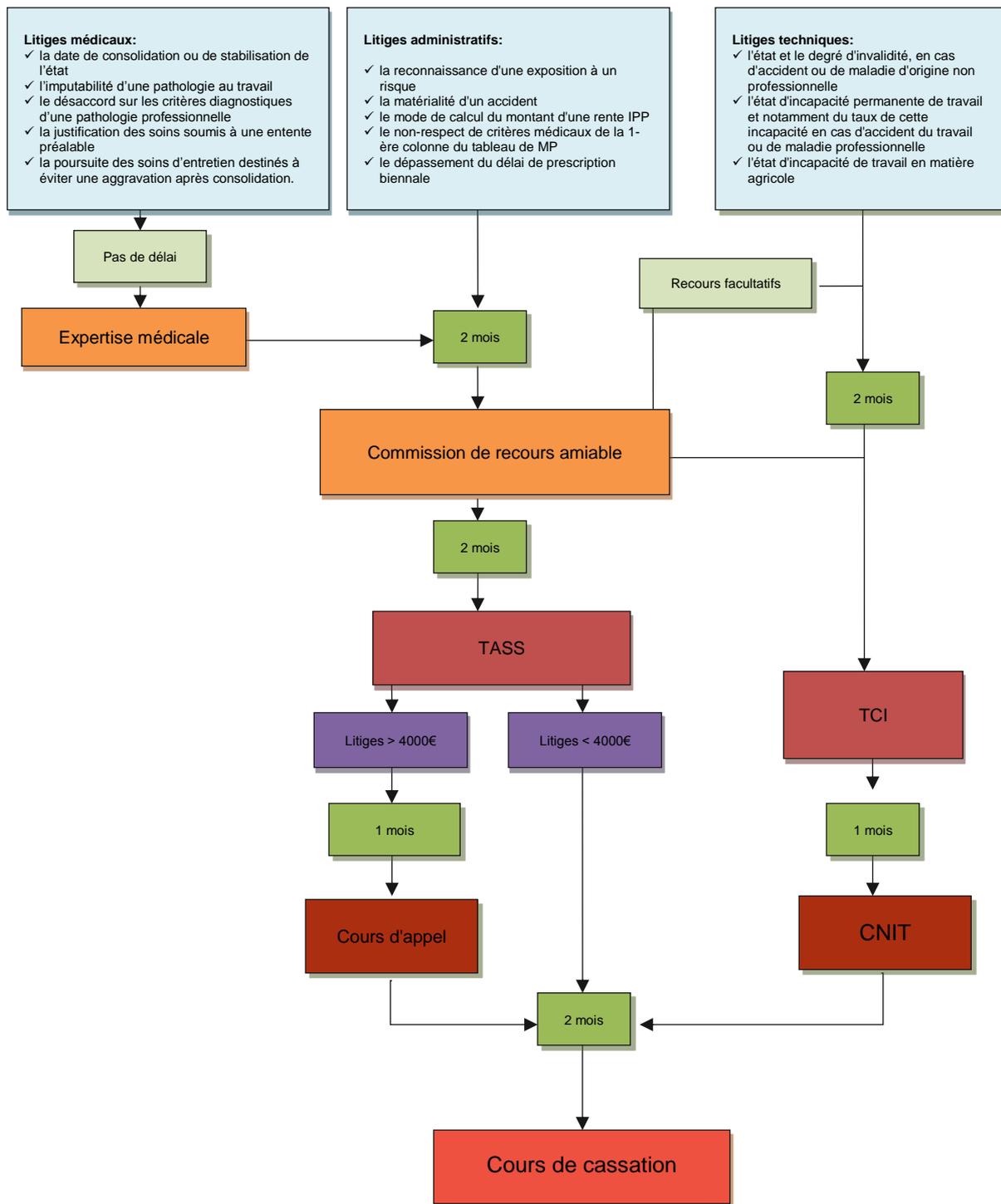


Figure 3 : Le contentieux des accidents du travail et des maladies professionnelles en fonction du type de litige (34)

En cas de refus de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie par le CRRMP (situation relevant du contentieux général de la Sécurité sociale), le patient a la possibilité de contester cette décision auprès du TASS. Cette instance, avant de délibérer, recueille l'avis d'un CRRMP autre que celui qui s'est prononcé précédemment (article R.142-24-2 du CSS) (Figure 4) (31).

L'employeur a la possibilité de contester la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle. Cette action rentre dans le cadre du contentieux général. Dans le cas où l'employeur a pu démontrer que l'accident du travail ou la maladie professionnelle ne lui était pas opposable, les dépenses sont prises en charge par l'Assurance Maladie-Risques Professionnels. En revanche, les droits de la victime restent acquis (35).

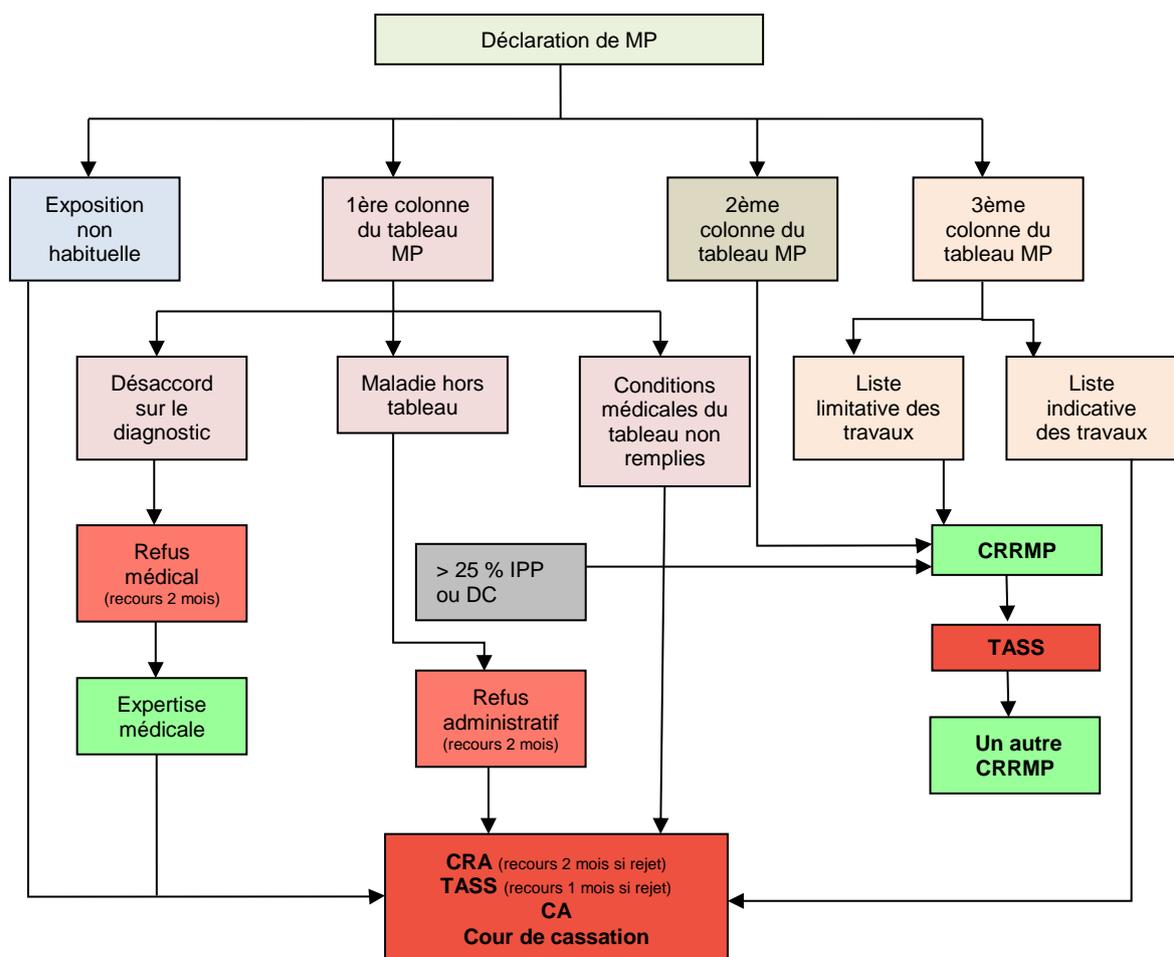


Figure 4. Voies de recours en matière de reconnaissance des maladies professionnelles (36)

1.4.3. Les litiges techniques

La voie de recours relève alors du **contentieux technique** de la Sécurité sociale ; il s'agit d'un contentieux purement médical (15)(37). Il concerne :

- L'état et le degré d'invalidité, en cas d'accident ou de maladie d'origine non professionnelle (15)(37) ;
- L'état d'incapacité permanente de travail et notamment le taux de cette incapacité en cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle (15)(31)(37).

La juridiction de première instance est le **Tribunal du Contentieux de l'Incapacité (TCI)**. Il a pris la place des Commissions régionales. Sa composition et son mode de fonctionnement ont été modifiés par le décret du 3 juillet 2003. Son siège est en général celui de l'ARS et il est compétent territorialement sur la circonscription de la région (31)(37)(38).

Le TCI, dont les membres sont élus pour trois ans, est composé de:

- Un président, en principe magistrat honoraire ;
- Deux assesseurs représentant les patients ;
- Deux assesseurs représentant les employeurs (38)(31).

Le délai de recours après notification est de 2 mois. Un appel est possible dans le délai de 1 mois auprès de la **Cour Nationale de l'Incapacité et de la Tarification de l'Assurance des Accidents du Travail** (cette cour statue uniquement sur pièces). Un recours peut être fait dans le délai de 2 mois devant la **Chambre Sociale de la Cour de Cassation** (Figure 3) (13).

1.5. Faits marquants et quelques chiffres

La branche « Accidents du Travail - Maladies Professionnelles » de la Sécurité sociale gère les trois risques professionnels dans les entreprises de l'industrie, du commerce, des services, ainsi que les élèves de l'enseignement technique, stagiaires en formation professionnelle et les adhérents à l'assurance volontaire (39):

- Les accidents du travail ;
- Les accidents de trajet ;
- Les maladies professionnelles.

L'assurance de ces risques passe par (39) :

- La gestion du système légal d'assurance des dommages corporels liés au travail (l'indemnisation des patients ainsi que la contribution des entreprises pour le financement du système) ;
- La mise en place des politiques de prévention des risques professionnels (information, formation, conseil, contrôle et incitations financières aux entreprises) ;
- L'évaluation statistique des risques professionnels.

La politique générale de prévention des risques professionnels, développée par le Ministère du Travail, se concrétise par un plan pluriannuel intitulé « Plan Santé au Travail », renouvelé tous les quatre ans (actuellement PST2 2010-2014) (39).

En ce qui concerne le financement de la branche AT/MP de la Sécurité sociale, l'employeur en est le seul responsable. Le montant de la cotisation est calculé en fonction du secteur d'activité de l'entreprise, du nombre de salariés, ainsi que du nombre et de la gravité des sinistres (accidents du travail, accidents de trajet et maladies professionnelles) évalués sur une période de trois ans (39).

Il existe trois types de taux de cotisations (seuils d'effectifs modifiés depuis 2010) (39) :

- le taux collectif, prévu pour les entreprises de 1 à 19 salariés ; dans ce cas la sinistralité est calculée par branche d'activité, et toutes les entreprises d'une branche auront le même taux de cotisation ;

- le taux mixte, pour les effectifs compris entre 20 et 149 salariés ; le calcul du taux combine une approche collective (prépondérante aux alentours de 20 salariés) et une approche individuelle (pour les effectifs aux alentours de 149 salariés) ;
- le taux individuel, pour les effectifs supérieurs à 150 salariés.

Cette tarification prendra entièrement effet à partir de 2014, car à ces nouveaux seuils d'effectifs s'ajouteront de nouvelles modalités de calcul des cotisations. Le but de cette réforme, qui va provoquer une augmentation de la part individuelle des entreprises de taille moyenne, est d'inciter les efforts de prévention des risques professionnels, mais aussi de rendre plus accessibles aux TPE et aux PME les aides financières à la prévention (39).

En 2011, la branche AT/MP de la Sécurité Sociale couvrait 18 492 444 salariés pour les 9 principales branches d'activités (39).

Le volume de sinistralité au sein de ces entreprises est détaillé dans le tableau ci-dessous :

Risque	Nombre de déclarations	Nombre de reconnaissances	Nombre de rejets et classements	Taux de reconnaissance
Accidents du travail	1 290 454	1 000 797	294 843	77 %
Accidents de trajet	170 869	133 272	47 787	74 %
Maladies professionnelles	121 410	80 331	39 914	67%
Ensemble	1 582 733	1 214 400	382 544	76 %

Tableau 2 : Volumétrie du processus de reconnaissance des accidents du travail et des pathologies professionnelles en 2011 (sont comptées seulement les décisions et les déclarations survenus au cours de l'année) (39)

On observe une nette prépondérance des accidents du travail.

Le coût total annuel des accidents du travail et des maladies professionnelles reconnues et ayant donné lieu à des soins, à un arrêt de travail et le cas échéant à une incapacité de travail, se traduit par la **valeur du risque**, évalué par nature du risque. Le suivi de l'évolution de la répartition des montants, entre les trois grandes natures de risque, montre la même tendance, c'est-à-dire une prépondérance des accidents du travail (Figure 5) (35).

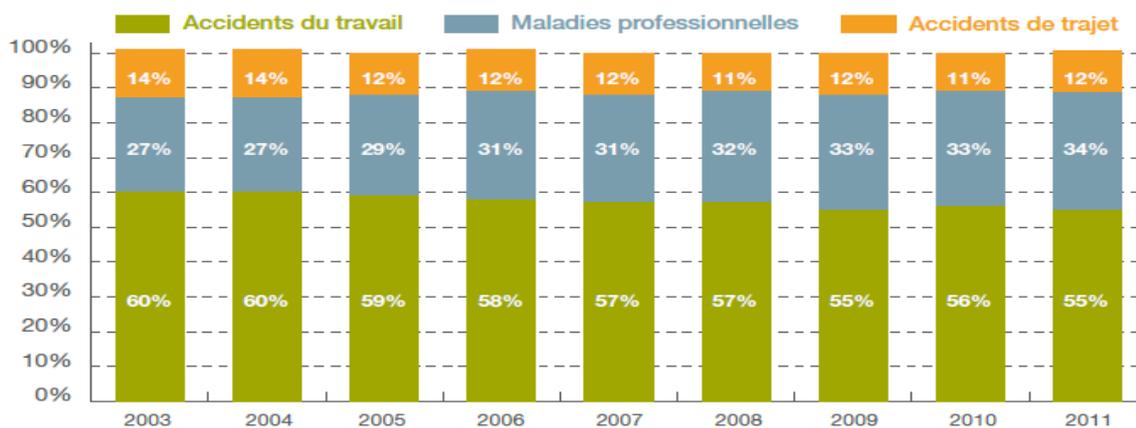


Figure 5 : Evolution de la répartition des montants entre les trois grandes natures de risque (35)

L'impact financier du contentieux AT/MP correspond aux remboursements de cotisations, estimés à 360 millions d'euros, et aux cotisations non perçues (les décisions étant intervenues avant la notification des taux des cotisations aux entreprises), à hauteur de 160 millions d'euros (35).

La Figure 6 montre bien l'évolution de cet impact depuis 5 ans.

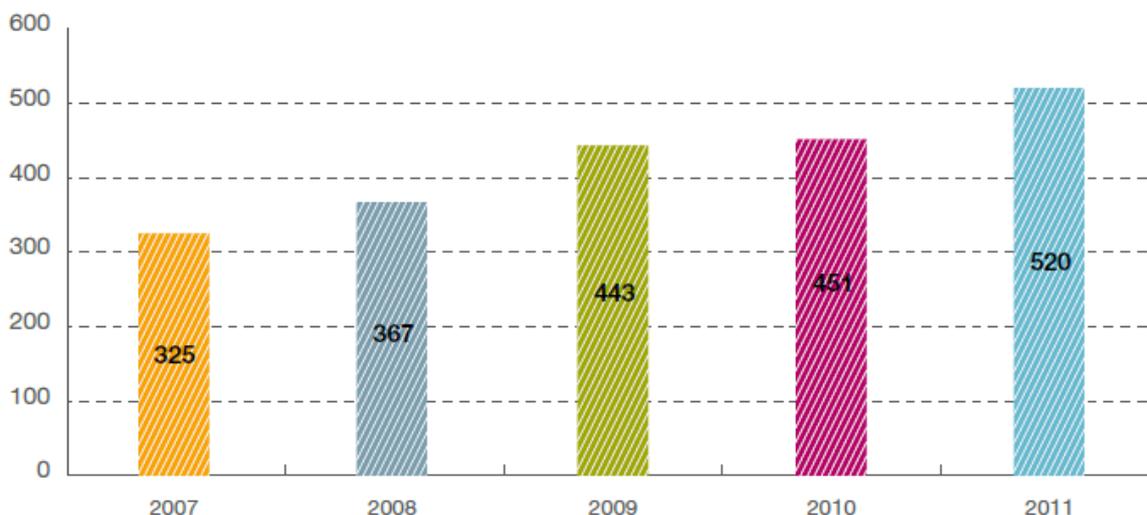


Figure 6 : Impact annuel du contentieux AT-MP (en millions d'euros) (35)

L'évolution des prestations de la branche AT/MP de la Sécurité sociale montre une augmentation progressive depuis plusieurs années (Tableau 3) (35)(39).

en M€	Prestations en nature	Incapacité temporaire	Incapacité permanente	TOTAL
2007	1 136	2 148	3 912	7 196
2008	1 140	2 268	3 985	7 393
2009	1 109	2 389	4 018	7 516
2010	1 151	2 501	4 073	7 725
2011	1 136	2 616	4 136	7 888

Données nationales – sources : « statistiques mensuelles » France métropolitaine / DSES + statistiques DOM / DSES pour les prestations en nature – Datamart AT/MP pour les prestations d'incapacité temporaire – Datamart AT/MP + statistiques des paiements CRAMIF pour les prestations d'incapacité permanente

Tableau 3 : Evolution des prestations servies pour les années 2007-2011 (en millions d'euros) (35)

Après une diminution continue de 2002 à 2009, l'évolution du nombre d'accidents du travail reprend une courbe ascendante. Le secteur du BTP est le plus concerné avec un indice de 73 accidents de travail pour 1000 patients en 2011 (le même qu'en 2010) (Figure 7) (35).

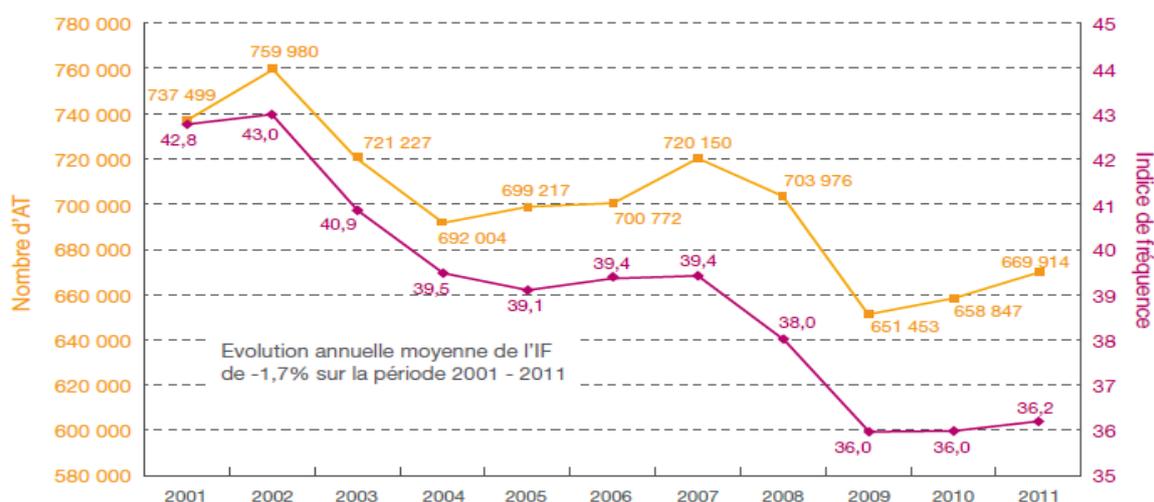


Figure 7 : Evolution du nombre d'accidents du travail en 1-er règlement et de leur fréquence pour mille patients sur la période 2001-2011 (35)

Les maladies professionnelles représentent 34% des coûts d'indemnisation pour moins de 10 % du total des sinistres. La progression persiste depuis plus de 10 ans (Figure 8).

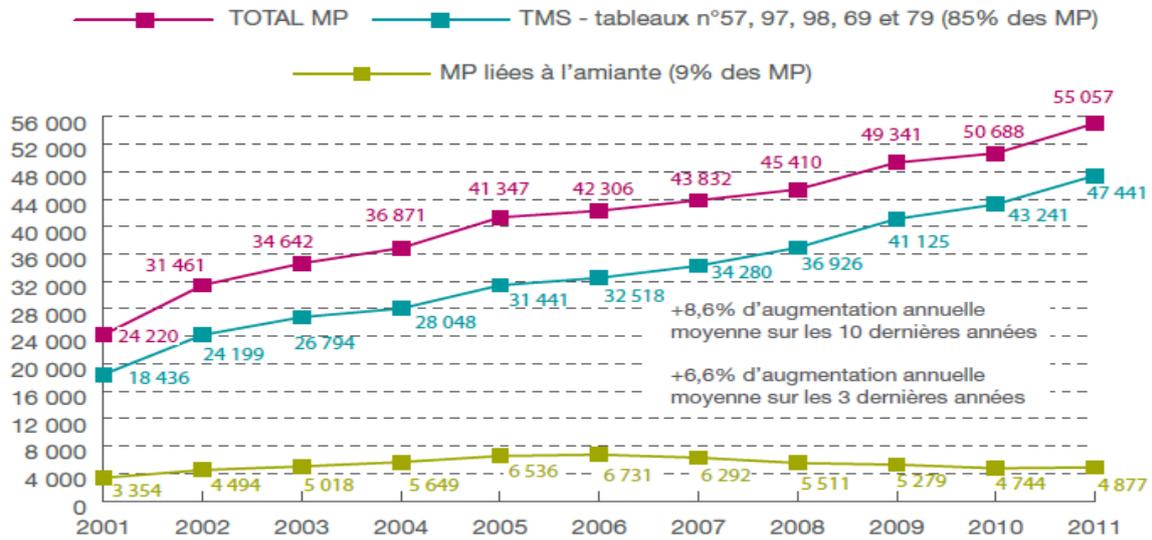


Figure 8 : Evolution du nombre de maladies professionnelles sur la période 2001-2011 (35)

1.6. L'ETUDE

Dans le cadre de l'instruction des dossiers d'AT/MP et des expertises sollicitées, il y a de nombreux écueils pour les victimes. Les délais sont longs, l'issue des procédures incertaine et la compréhension du dispositif difficile pour le non initié.

Le refus de reconnaissance d'une maladie professionnelle ou d'un lien entre diverses lésions et un sinistre professionnel, peut être ressenti comme un déni du travail et de l'histoire professionnelle du salarié (1).

La notification d'un avis défavorable concernant une reconnaissance de maladie professionnelle ou une réparation financière (taux d'IPP) d'un sinistre professionnel par la Sécurité sociale ou l'instance contentieuse crée une frustration chez ces patients devant l'incompréhensible. Et dans beaucoup de cas, la contestation d'une telle notification ne va pas de soi, car il n'est pas facile de remettre en question une décision émanant de ceux qui détiennent le savoir médical, juridique, administratif ou technique ; la compréhension reste inaccessible aux victimes ou à leur famille. Seulement une infime minorité parviendra à s'approprier une part de ce savoir et pour les autres le recours à un conseil extérieur reste indispensable (1).

Ceux qui contesteront sont ceux qui maîtrisent suffisamment leurs droits, et la plupart du temps ils sont aidés soit par un médecin vigilant connaissant bien ce contentieux, soit par un conseil juridique, soit par différentes associations de défense des victimes, par exemple :

- AVF (Association d'Aide aux Victimes de France) (40) ;
- AAVAC (Association d'Aide aux Victimes d'Accidents Corporels) (41) ;
- AADVAH (Association d'Aide à la Défense aux Accidentés et Handicapés du Nord) (42) ;
- EIVA (Ecoute et Information aux Victimes d'Accidents) (43) ;
- SAVA (Soutien et Aide aux Victimes d'Accidents) (44) ;
- FNATH (La Fédération Nationale des Accidentés du Travail et des Handicapés) (1).

Toutes ces associations ont été créées dans le but de défendre les droits des victimes d'accidents de tout genre, dont les lésions professionnelles, et apportent

aujourd'hui le soutien, les conseils et l'assistance aux personnes invalides, handicapées et accidentées de la vie. Elles les accompagnent et les représentent dans les différentes démarches juridiques et administratives.

Au cours de ces démarches, les associations de victimes font régulièrement appel à la Consultation de Pathologies Professionnelles - Maintien dans l'emploi du CHRU de Lille (CPP-ME). Dans le cadre de cette collaboration, les patients sont adressés en consultation dans notre service.

La CPP-ME de Lille fait partie du Réseau National de Vigilance et de Prévention des Pathologies Professionnelles (RNV3P), regroupant 32 centres de consultation de pathologies professionnelles en France. Ce réseau a pour vocation de rassembler les données médicales, professionnelles ainsi que les conclusions de chaque consultation au sein d'une base de données nationale sur les pathologies professionnelles.

La CPP-ME regroupe différents spécialistes attirés et permet une aide :

- Au diagnostic de l'étiologie professionnelle d'une affection, à la prévention des pathologies professionnelles ;
- Au dépistage des pathologies professionnelles ;
- A la décision en matière d'aptitude-inaptitude au travail ;
- A l'orientation professionnelle ;
- Aux démarches médico-légales en matière d'accidents du travail et maladies professionnelles (déclaration, contentieux...).

Les motifs de consultation pour les patients adressés par les associations de victimes sont divers:

- La reconnaissance d'une maladie professionnelle ;
- Le taux d'incapacité partielle permanente (taux d'IPP) dans le cadre d'une réparation financière d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle ;
- La consolidation ou la rechute d'une pathologie professionnelle ;
- L'obtention de l'allocation adulte handicapée (AAH) ;
- La carte « stationnement prioritaire ».

Lors d'une ou plusieurs consultations, un des médecins spécialistes en médecine du travail et en pathologies professionnelles analyse l'ensemble des éléments du dossier et effectue l'examen clinique du salarié. Un courrier de conclusion est alors rédigé et adressé au patient et à son médecin traitant, pouvant servir d'appui pendant sa procédure auprès des experts ou des différentes instances du contentieux.

Ayant constaté que les associations de défense des victimes nous envoyaient principalement des dossiers concernant la reconnaissance des maladies professionnelles et les litiges relatifs à une réparation des AT/MP, nous voulons nous pencher plus particulièrement sur ces aspects pour en effectuer un bilan.

1.6.1. L'objectif principal

L'objectif principal de l'étude est d'évaluer l'action de la CPP-ME du CHRU de Lille, par l'analyse des décisions qui ont été prises par l'organisme de la Sécurité sociale ou les instances contentieuses suite aux conclusions favorables de la CPP-ME.

1.6.2. Les objectifs secondaires

Les **objectifs secondaires** de cette étude sont:

- L'analyse descriptive de cette population qui nous a été adressée par les associations d'aide aux victimes de lésions professionnelles ;
- L'identification de facteurs favorisant un avis favorable des instances contentieuses alors que l'avis de notre service était favorable.

2. MATERIEL ET METHODE

Nous avons réalisé une étude qualitative et quantitative, rétrospective, sur les dossiers des patients adressés par les associations d'aide aux victimes de lésions professionnelles à la CPP-ME du CHRU de Lille.

Nous avons étudié les dossiers médicaux des patients venus en consultation pendant la période du 1-er janvier 2009 au 30 juin 2010. Cette période a été choisie, d'une part, pour avoir une durée suffisante post-consultation, nécessaire à la finalisation du contentieux, et d'autre part, pour éviter tout biais de mémoire pour des consultations plus anciennes, datant d'avant 2009.

La recherche et l'analyse des dossiers ont été réalisées à partir de la base de données du réseau RNV3P.

Les **critères d'inclusion** ont été :

- Patient adressé par une association d'aide aux victimes de lésions professionnelles et vu en consultation de pathologies professionnelles entre le 1er janvier 2009 et le 30 juin 2010 ;
- Le type de contentieux : la reconnaissance ou la réparation de lésions professionnelles.

Les **critères d'exclusion** pour l'analyse de l'objectif principal:

- Patient pour lequel notre avis a été favorable,
 - mais décédé en cours ou à l'issue de la procédure contentieuse ;
 - mais n'ayant pu être contacté (coordonnées téléphoniques absentes ou mal renseignées) ;
 - mais n'ayant pas poursuivi la procédure de contentieux ;
 - mais n'ayant pas de nouvelle de la procédure de contentieux.

Ces patients ont été néanmoins inclus dans l'analyse descriptive de la population globale, comprenant les données suivantes :

- Le sexe
- L'âge

- Le département de domicile
- Le statut (salarié, chômeur ou retraité)
- L'organe atteint
- La nuisance principale
- Le type de contentieux

Deux tableaux Excel ont été créés à partir d'une extraction de la base RNV3P, un pour la reconnaissance des maladies professionnelles, l'autre pour la réparation des AT/MP.

Nous avons alors procédé à la lecture de chaque courrier réalisé lors des consultations dans notre service, dans le but de cibler les consultations à l'issue desquelles notre avis a été favorable.

Nous avons réalisé ensuite notre enquête téléphonique auprès des patients.

Pour l'étude, nous avons choisi la méthode du questionnaire téléphonique. Deux questionnaires ont été conçus, un pour les contentieux concernant la reconnaissance des maladies professionnelles, l'autre pour la réparation (taux d'IPP) des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pour le questionnaire concernant la **reconnaissance des maladies professionnelles**, les paramètres étudiés ont été :

- Le motif de la consultation :
 - Avis sur la reconnaissance initiale ;
 - Avis sur la reconnaissance en cours de contentieux :
 - Pour désaccord sur le diagnostic ;
 - Pour refus d'ordre médico-administratif, relatif à :
 - L'absence de preuve d'exposition au risque ;
 - La désignation de la maladie et critères médico-administratifs ;
 - Pour non-respect du délai de prise en charge, de la liste limitative des travaux ou de la durée d'exposition au risque (après avis défavorable d'un premier CRRMP) ;
- Le dernier avis (favorable/défavorable) à l'issue de la procédure entamée par l'assuré social ;

- La durée du contentieux (correspondant à la durée entre la date de déclaration et la date du dernier avis) ;
- A quel niveau de juridiction le salarié est venu en consultation ?
- A qui a servi notre courrier (quelle juridiction) ?
- Quelle juridiction a rendu le dernier avis ?
- De l'avis du salarié, notre consultation l'a-t-elle aidé dans ses démarches ?

En ce qui concerne le questionnaire pour la **réparation des accidents du travail et maladies professionnelles**, les paramètres retenus ont été :

- Le motif de la consultation :
 - La contestation de la consolidation ;
 - L'avis sur le refus de rechute ;
 - L'avis sur le taux d'IPP :
 - Initial ;
 - Après aggravation.
- L'avis final de l'instance contentieuse, si le motif de la consultation est le taux d'IPP :
 - Taux identique à celui proposé initialement ;
 - Taux différent de celui proposé :
 - Taux plus élevé ;
 - Taux moins élevé.
- L'incidence professionnelle a-t-elle été prise en compte ?
 - Oui, dès le début ;
 - Oui, suite à la contestation ;
 - Non.
- La durée du contentieux (date de déclaration/date du dernier avis) ;
- A quel niveau de juridiction le salarié est venu en consultation ?
- A qui a servi notre courrier (quelle juridiction) ?
- Quelle juridiction a rendu le dernier avis ?
- De l'avis du salarié, notre consultation l'a-t-elle aidé dans ses démarches ?

Concernant cette dernière question, en plus de la réponse fermée (Oui/Non), nous avons également recueilli les impressions et le ressenti dont certains patients nous ont fait part à la fin de cette question.

En fonction de la problématique constatée, un des deux questionnaires a été rempli suite à une conversation téléphonique avec le salarié concerné, après présentation de l'étude. Nous avons choisi le seuil de trois appels par patient. Après trois appels sans réponse, nous avons classé le patient «perdu de vue». L'enquête téléphonique a été réalisée entre le 1er avril 2012 et le 1er février 2013.

Pour les patients dont le numéro de téléphone n'était pas renseigné dans notre base de données, nous avons :

- utilisé le site « www.pagesjaunes.fr/pagesblanches/ » et avons essayé de retrouver les informations à partir de l'adresse existante dans le dossier patient ;
- essayé de contacter le médecin traitant du patient pour obtenir son numéro de téléphone.

Nous avons été amené à plusieurs reprises à recontacter les patients une deuxième fois, car certains n'étaient pas en mesure de se remémorer les différentes informations sollicitées (le plus souvent il s'agissait de la date du dernier avis ou de l'instance contentieuse ayant donné ce dernier avis); ils ont dû chercher les informations manquantes, à chaque fois, dans leur dossier de contentieux.

Une fois passée en revue l'intégralité des dossiers ciblés, les données ont été saisies dans les deux tableaux Excel.

Nous avons réalisé dans un premier temps une analyse statistique descriptive de la population globale (objectif secondaire), comprenant la description des effectifs et les pourcentages pour les variables qualitatives et moyenne ou médiane, minimum et maximum, pour les variables quantitatives.

Par ailleurs, nous avons étudié le statut professionnel de l'ensemble de la population. Chez tous les chômeurs, nous avons ensuite recherché, en analysant les courriers médicaux, l'origine de la perte de leur emploi, afin d'identifier ceux qui ont été licenciés pour raison médicale en lien avec des lésions professionnelles. Enfin, chez les patients interrogés et qui étaient au chômage suite à des séquelles de lésions professionnelles, nous avons analysé la prise en compte de l'incidence professionnelle lors du calcul de leur taux d'IPP.

Nous avons également étudié le devenir des dossiers des patients en fonction de plusieurs paramètres:

- Le motif de la consultation ;
- L'organe atteint.

Pour l'analyse de l'**objectif principal**, c'est-à-dire l'analyse des décisions qui ont été prises, à la suite de la conclusion de la CPP-ME, par l'organisme de la Sécurité sociale ou les instances contentieuses, nous avons calculé la **valeur prédictive positive**, traduite dans notre étude par la « probabilité que l'avis final de la Sécurité sociale ou de l'instance contentieuse soit favorable si l'avis donné par la CPP-ME était favorable ».

VPP = nombre d'avis favorables du service confirmés par le contentieux rapporté aux nombre d'avis favorables donnés par la CPP-ME.

Pour l'identification des facteurs favorisant un avis favorable des instances contentieuses alors que l'avis de la CPP-ME était favorable, une analyse bivariée a été effectuée à l'aide du logiciel « R ». Seuls ont été retenus les paramètres pour lesquels ce lien a été statistiquement significatif ($p < 0.05$).

Pour l'analyse statistique, nous avons utilisé trois types de test :

- le test de Fisher, pour l'analyse des variables qualitatives (sexe, département de domicile, statut socio-professionnel, organe atteint, nuisance, motif de consultation, juridiction) ;
- le test de Student, pour l'analyse des variables quantitatives continues (l'âge) ;
- le test de Khi2, pour l'analyse des variables quantitatives discrètes (l'année de consultation).

Etant donné le faible effectif pour le contentieux de la reconnaissance en MP, cette analyse n'a pas été possible. Concernant le contentieux de la réparation des AT/MP, nous avons réalisé l'analyse bivariée, par croisement entre chaque paramètre et l'avis final du contentieux. Etant donné la valeur du « p » supérieure à 0,05 pour la majorité des variables de l'analyse bivariée, l'analyse multivariée n'a pas été effectuée.

3. RESULTATS

Sur la période d'étude, nous avons recensé 182 patients adressés par la FNATH, tous motifs confondus.

La FNATH a été identifiée comme la seule association nous ayant adressé les patients pendant cette période.

Parmi les **182 patients**, nous avons retenu **105 patients** pour lesquels l'avis de notre service a été favorable, soit 58% des dossiers.

Répartition des patients pour lesquels l'avis de la CPP-ME a été favorable

	Patients (ou ayants-droit) contactés dans le cadre de l'enquête téléphonique				
	Absence des coordonnées téléphoniques	Décédés	Pas de nouvelles du contentieux	Pas de poursuite de la procédure	Questionnaires
Nombre de patients	24 (23%)	4 (4%)	5 (5 %)	8 (7%)	64 (61%)
Total patients	105				

Tableau 4: Répartition des patients vus en consultation et pour lesquels notre avis a été favorable

Parmi les 105 patients ciblés, nous avons pu contacter 81 patients ou les ayants-droit, soit 77% de cet effectif. Vingt-quatre personnes (soit 23%) n'ont pas pu être contactées en raison de l'absence de numéro de téléphone, malgré toutes nos recherches (Tableau 4).

Sur les 81 enquêtes téléphoniques réalisées, **64 questionnaires** analysables ont été finalement obtenus. Parmi les 17 autres appels téléphoniques effectués, les causes de non-réponse ont été (Tableau 4):

- 4 personnes étaient décédées ;
- 5 patients n'avaient plus de nouvelles de leur contentieux ;
- 8 personnes n'avaient pas poursuivi la procédure contentieuse.

3.1. Statistiques descriptives de la population étudiée

Les données ont été analysées au niveau de la population globale et ensuite par type de contentieux : reconnaissance en MP et réparation des AT/MP.

3.1.1. L'année d'inclusion

	Population globale	Contentieux de la reconnaissance en MP	Contentieux de la réparation des AT/MP
2009	89 (49%)	27 (55%)	62 (47%)
2010	93 (51%)	22 (45%)	71 (53%)
Total	182 (100%)	49 (100%)	133 (100%)

Tableau 5: La répartition des patients en fonction de l'année d'inclusion

Le nombre de patients vus en consultation sur les problématiques visées a été sensiblement le même en 2009 et de janvier à juin 2010, soit 89 patients vus en 2009 (49%) et 93 patients en 2010 (51%).

Concernant les consultations de contentieux de la reconnaissance en MP, on observe une légère prédominance en 2009 (27 sur 49, soit 55%) par rapport à 2010 (22 sur 49, soit 45%) (Tableau 5). Cette tendance est inversée pour les consultations concernant le contentieux de la réparation des AT/MP (62 sur 133 en 2009, soit 47%, et 71 sur 133, soit 53 % en 2010).

3.1.2. Le sexe

Sexe	Population globale	Contentieux de la reconnaissance en MP	Contentieux de la réparation des AT/MP
Femme	50 (27%)	12 (24%)	38 (29%)
Homme	132 (73%)	37 (76%)	95 (71%)
Total	182 (100%)	49 (100%)	133 (100%)

Tableau 6: Répartition par sexe des patients vus en consultation

On observe une nette **prédominance masculine** dans notre population (132 hommes, soit 73%, contre 50 femmes, soit 27%).

On retrouve cette prédominance masculine au sein de chaque sous-groupe, avec 12 femmes (24%) contre 37 hommes (76%) pour les consultations de contentieux de la reconnaissance en MP et 38 femmes (29%) contre 95 hommes (71%) pour les consultations de contentieux de la réparation des AT/MP (Tableau 6).

3.1.3. L'âge

Age (ans)	Population globale (n=182)	Contentieux de la reconnaissance en MP (n=49)	Contentieux de la réparation des AT/MP (n=133)
Minimum	23	29	23
Moyenne	55	56	54
Maximum	88	76	88

Tableau 7: Répartition par âge des patients vus en consultation

La **moyenne d'âge** de la population globale est de 55 ans, avec un âge minimum de 23 ans et un maximum de 88 ans.

3.1.3.1. Répartition des patients par âge en fonction du type de contentieux

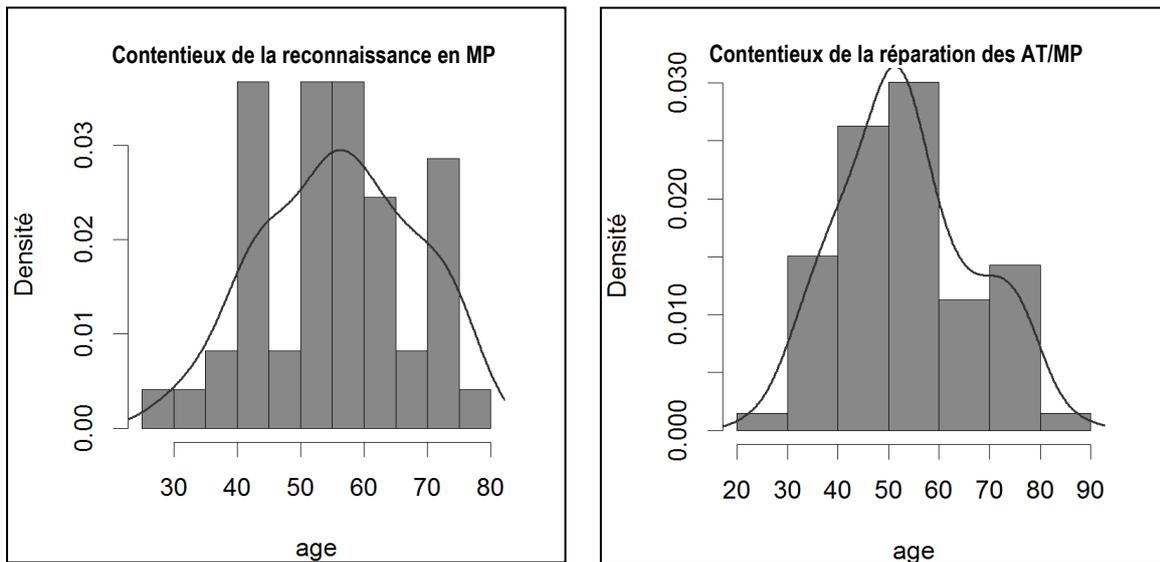


Figure 9: Répartition des patients par âge en fonction du type de contentieux

Pour la population vue en consultation pour la **reconnaissance en MP**, la moyenne d'âge est de **56 ans** (Figure 9), avec une forte concentration dans la tranche d'âge 50-60 ans. On observe également deux autres pics de concentration, un autour de 40-45 ans et l'autre autour de 70-75 ans (Figure 9).

Pour la population vue en consultation pour la **réparation des AT/MP**, la moyenne d'âge est de 54 ans, avec une concentration plus forte autour de 40-60 ans.

Des pics d'une moindre importance sont observés dans les tranches 30-40 ans et 70-80 ans (Figure 9).

3.1.4. Le département du domicile

Département de domicile	Population globale	Contentieux de la reconnaissance en MP	Contentieux de la réparation des AT/MP
Nord	34 (19%)	7 (14%)	27 (20%)
Pas de Calais	148 (81%)	42 (86%)	106(80%)
Total	182 (100%)	49 (100%)	133 (100%)

Tableau 8: Répartition de la population par département du domicile

On observe une nette prédominance dans la population globale des personnes habitant dans le département du Pas de Calais (Tableau 8).

Nous observons cette prédominance autant pour les patients adressés en consultation pour la reconnaissance en MP (86%) que pour ceux adressés pour la réparation des AT/MP (80%).

3.1.5. Le statut socio-professionnel

Devant la multitude des métiers retrouvés dans notre enquête, nous avons décidé de retenir plutôt les statuts de chômeur, retraité ou salarié. Il faut mentionner que la plupart des personnes adressées en consultation ont été des ouvriers.

Statut socio-professionnel	Population globale	Contentieux de la reconnaissance en MP	Contentieux de la réparation des AT/MP
Chômeur	38 (21%)	11(22%)	27 (20%)
Retraité	57 (31%)	19 (39%)	38 (29%)
Salarié	87 (48%)	19 (39%)	68 (51%)
Total	182 (100%)	49 (100%)	133 (100%)

Tableau 9: Répartition des patients en fonction du statut socio-professionnel

Les patients au sein de la population globale de notre enquête sont majoritairement salariés (87 sur 182, soit 48% de cette population) (Tableau 9).

Parmi les patients adressés en consultation pour une reconnaissance en MP, la proportion des salariés est comparable à celle des retraités, (19 personnes, soit 39% de cet effectif).

Dans le groupe des patients vus en consultation pour une réparation des AT/MP, les salariés sont les plus nombreux (68 sur 133, soit 51% de cet effectif), suivis des retraités (38 sur 133, soit 29%).

Les **chômeurs** représentent une proportion importante de notre population (11 personnes sur 49, soit 22%, pour les consultations de la reconnaissance en MP et 27 personnes sur 133, soit 20%, pour les consultations de la réparation des AT/MP). Pour la plupart d'entre eux (30 personnes sur les 38 identifiées, soit 79% des chômeurs), une inaptitude médicale définitive avait été déclarée par le médecin du travail en raison des séquelles importantes des lésions professionnelles.

3.1.6. Le motif de consultation

Concernant le motif de consultation, nous l'avons présenté d'abord au niveau de la population globale et ensuite par type de contentieux (la reconnaissance en MP ou la réparation des AT/MP).

Motifs des consultations à la demande des associations des victimes		Avis favorable		Avis défavorable		Non conclu		Total
Reconnaissance en MP		21 (43%)		24 (50%)		4 (7%)		49 (100%)
Réparation des AT/MP	Consolidation	3	84 (63%)	3	36 (27%)	0	13 (10%)	133 (100%)
	Taux d'IPP	79		31		13		
	Rechute	2		2		0		
Total		105 (58%)		60 (33%)		17 (9%)		182 (100%)

Tableau 10: Motifs des consultations à la demande des associations des victimes

3.1.6.1. Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP selon le motif de consultation

Motif consultation	Effectif
MP reconnaissance initiale	6 (12%)
Désaccord sur le diagnostic	17 (35%)
Condition médico-administrative non remplie	4 (9%)
Absence d'exposition	11 (22%)
Durée d'exposition	0 (0%)
Durée de prise en charge	6 (12%)
Non-respect de la liste limitative des travaux	5 (10%)
Total	49 (100%)

Tableau 11: Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP selon le motif de consultation

Dans le cadre des consultations concernant le contentieux de la reconnaissance en MP, le motif principal du contentieux a été le désaccord sur le diagnostic des maladies (17 sur 49, soit 35% de cet effectif (Tableau 11)).

3.1.6.2. Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP selon le motif de consultation

Motif de consultation	Effectif
AT/MP IPP initial	81 (61%)
AT/MP IPP aggravation	42 (31%)
AT/MP Consolidation	6 (5%)
AT Rechute	4 (3%)
Total	133 (100%)

Tableau 12: Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP selon le motif de consultation

Concernant les consultations pour la réparation des AT/MP, les principaux motifs du contentieux ont porté sur le taux initial d'IPP fixé suite à la consolidation des lésions professionnelles (81 sur 133, soit 61% de cet effectif), et le taux d'IPP dans le cadre d'une aggravation de la lésion (42 sur 133, soit 31% de cet effectif) (Tableau 12).

3.1.7. Présentation des résultats par organe atteint

Organe atteint	Population globale	Contentieux de la reconnaissance en MP	Contentieux de la réparation des AT/MP
Membre supérieur	66 (36%)	13 (27%)	53 (40%)
Poumon	34 (19%)	12 (24%)	22 (17%)
Rachis	38 (21%)	11 (22%)	27 (20%)
Plèvre	19 (11%)	8 (17%)	11 (8%)
Membre inférieur	17 (9%)	0 (0%)	17 (13%)
Autre	8 (4%)	5 (10%)	3 (2%)
Total	182 (100%)	49 (100%)	133 (100%)

Tableau 13: Répartition des consultations de la CPP-ME en fonction de l'organe atteint

Nous observons une nette prédominance des atteintes du membre supérieur dans notre population (66 sur les 182 patients, soit 36% de cet effectif). Les atteintes rachidiennes et pulmonaires représentent une partie importante dans notre effectif (34 patients avec une atteinte pulmonaire, soit 19% de l'effectif global, et 38 patients avec une atteinte rachidienne, soit 21% de cet effectif) (Tableau 13).

Dans le cadre des consultations de la reconnaissance en MP, les atteintes prédominantes sont localisées au membre supérieur (13 sur 49, soit 27%), au poumon (12 sur 49, soit 24%) et au rachis (11 sur 49, soit 22%) (Tableau13).

Concernant les consultations pour la réparation des AT/MP, les atteintes prédominantes sont localisées au membre supérieur (53 sur 133, soit 40%), au rachis (27 sur 133, soit 20%), et au poumon (22 sur 133, soit 17%). (Tableau 13).

3.1.8. Présentation des résultats en fonction de la nuisance principale

Concernant la nuisance principale, seule une présentation par type de contentieux (la reconnaissance en MP et la réparation des AT/MP) a été réalisée.

3.1.8.1. Répartition des consultations de la CPP-ME dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP en fonction de la nuisance principale

NUISANCE	Effectif
Mouvements répétitifs	12 (24%)
Port de charges	10 (20%)
Amiante (fibres)	10 (20%)
Charbon (poussières)	6 (12%)
Autres	11 (24%)
Total	49 (100%)

Tableau 14: Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP en fonction de la nuisance principale

Les nuisances le plus fréquemment rencontrées lors de nos consultations pour la reconnaissance en MP sont les mouvements répétitifs (12 sur 49, soit 24%), le port de charges (10 sur 49, soit 20%), et l'amiante (10 sur 49, soit 20%) (Tableau 14).

3.1.8.2. Répartition des consultations de la CPP-ME dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP en fonction de la nuisance principale

NUISANCE	Effectif
Traumatisme	46 (35%)
Port de charges	29 (22%)
Mouvements répétitifs	20 (15%)
Amiante (fibres)	13 (10%)
Silice	12 (9%)
Charbon (poussières)	6 (4%)
Autre	7 (5%)
Total	133 (100%)

Tableau 15: Répartition des consultations pour la réparation des AT/MP en fonction de la nuisance principale

Concernant les consultations de la réparation des AT/MP, les nuisances les plus nombreuses sont les traumatismes (46 sur 133, soit 35 %), le port de charges lourdes (29 sur 133, soit 22%) et les mouvements répétitifs (20 sur 133, soit 15%) (Tableau 15).

3.1.9. Bilan des avis de la CPP-ME

Avis CPP-ME	Population globale	Contentieux de la reconnaissance en MP	Contentieux de la réparation des AT/MP
Défavorable	60 (33%)	24 (49%)	36 (27%)
Favorable	105 (58%)	21 (43%)	84 (63%)
Non conclu	17 (9%)	4 (8%)	13 (10%)
Total	182 (100%)	49 (100%)	133 (100%)

Tableau 16: Bilan des avis de la CPP-ME

Au sein de notre population générale, nous avons retrouvé 105 patients avec avis favorable de la CPP-ME, soit 58% de notre effectif.

A l'issue de la consultation de pathologies professionnelles pour **la reconnaissance en MP**, dans 21 des cas (soit 43% de cet effectif) notre réponse a été favorable, c'est-à-dire qu'on a considéré que la contestation du patient était justifiée. Dans 4 cas, nous n'avons pas pu statuer par manque d'élément nécessaire pour prendre une décision (Tableau 16).

Dans le cadre des consultations concernant **la réparation des AT/MP**, le taux de réponse favorable a été de 63% (84 cas). Dans 13 cas, les éléments fournis par les patients ont été insuffisants pour conclure (Tableau 16).

Les variables suivantes sont issues de l'enquête téléphonique et ont donc été étudiées pour les 64 patients interrogés (13 dans le cadre de la reconnaissance en MP et 51 dans le cadre de la réparation des AT/MP).

3.1.10. Avis final du contentieux

Avis final du contentieux	Population générale	Contentieux de la reconnaissance en MP	Contentieux de la réparation des AT/MP
Défavorable	16 (25%)	2 (15%)	14 (27%)
Favorable	48 (75%)	11 (85%)	37 (73%)
Total	64 (100%)	13 (100%)	51 (100%)

Tableau 17: La répartition des consultations en fonction de l'avis final du contentieux

Au sein de notre population, l'avis final du contentieux a été favorable pour 48 patients (soit 75% de la population interviewée).

Dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP, l'avis final a été favorable dans 85% des cas (11 personnes sur les 13 interrogées), confirmant l'avis donné à l'issu de notre consultation (Tableau 17).

Concernant le contentieux de la réparation des AT/MP, l'avis final a été favorable pour 37 patients sur les 51 interrogés (soit 73% de cet effectif) (Tableau 17).

3.1.11. L'incidence professionnelle

L'incidence professionnelle	Effectif
Non	35 (70%)
Oui, dans la décision initiale SS	9 (18%)
Oui, après la contestation	6 (12%)
Total	50 (100%)

Tableau 18: La répartition des consultations de la réparation des AT/MP selon la prise en compte de l'incidence professionnelle dans le calcul du taux final d'IPP

Concernant le contentieux de la réparation des AT/MP, l'incidence professionnelle a été prise en compte seulement dans **30%** des cas interrogés (soit 15 patients sur 50; une personne n'a pas su répondre à cette question). Cette incidence a été prise en compte en amont de notre consultation dans 9 cas sur 50 (soit 18% de cet effectif), et après contestation dans 6 cas sur 50 (soit 12% de cet effectif) (Tableau 18).

3.1.11.1. La prise en compte de l'incidence professionnelle chez les chômeurs interrogés dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP



Figure 10: La répartition des patients interrogés dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP, chômeurs au moment de la CPP-ME, en fonction de la prise en compte de l'incidence professionnelle dans le calcul du taux d'IPP

Parmi les 51 personnes ayant participé à l'enquête téléphonique, 15 étaient au chômage au moment de la CPP. Treize de ces chômeurs avaient été licenciés pour raison médicale à cause des séquelles de leurs lésions professionnelles. Pourtant, dans le calcul du taux d'IPP, l'incidence professionnelle n'a été prise en compte que pour seulement 9 d'entre eux (Figure 10).

3.1.12. La durée du contentieux

Durée du contentieux (mois)	Population globale (n=64)	Le contentieux de la reconnaissance en MP (n=13)	Le contentieux de la réparation des AT/MP (n=51)
Minimum	3	3	3
Médiane	17	16	17
Maximum	66	66	30

Tableau 19: La durée du contentieux pour la population globale

La médiane de la durée du contentieux pour la population globale interrogée a été de 17 mois, avec un minimum de 3 mois et un maximum de 66 mois (Tableau 19).

3.1.12.1. La durée de la procédure dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP

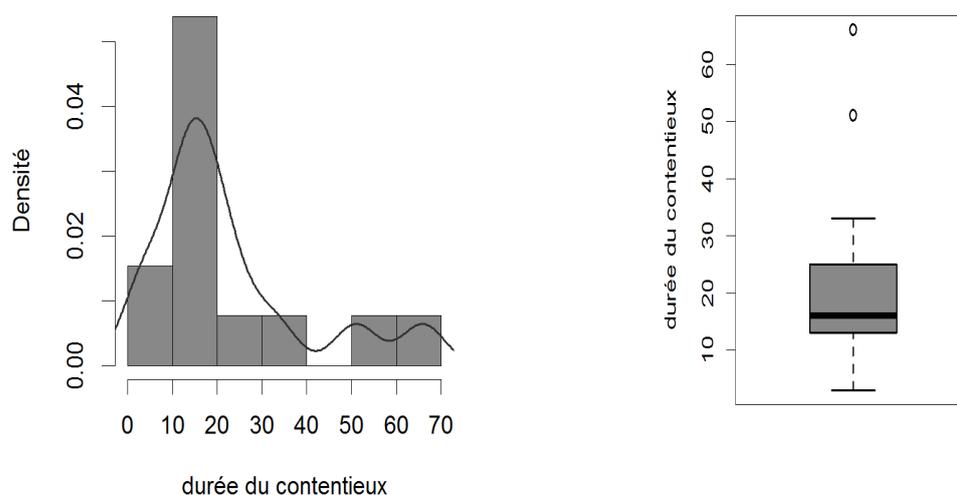


Figure 11: La durée de la procédure dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP

Dans le cadre des **consultations de la reconnaissance en MP** pour lesquelles l'avis de notre service a été favorable, la médiane de la **durée de la procédure** pour les patients contactés (13 personnes sur le total de 49) a été de **16 mois**, avec un minimum de 3 mois et un maximum de 66 mois (Figure11).

3.1.12.2. La durée de la procédure dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP

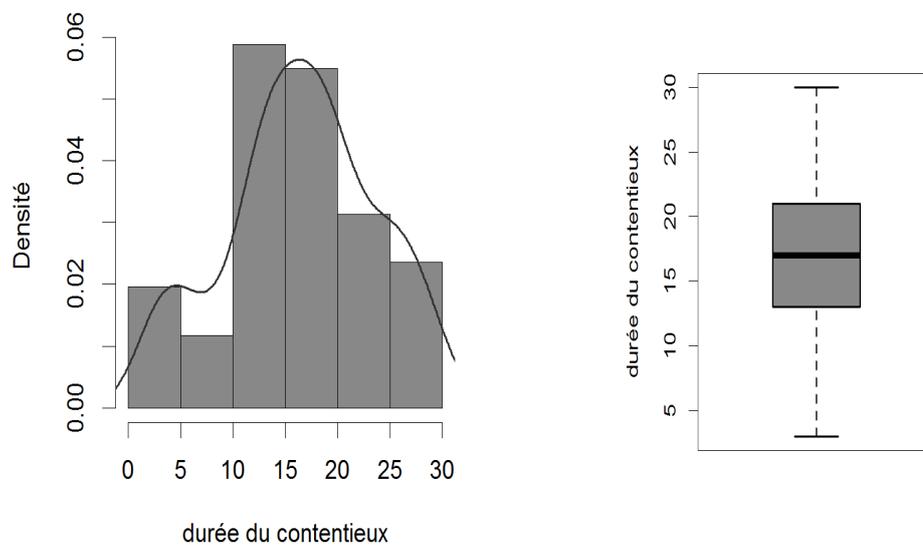


Figure 12: La durée du contentieux pour les consultations de la réparation des AT/MP

Concernant les **consultations de la réparation des AT/MP**, la médiane pour la durée **du contentieux** a été de **17 mois**, avec un minimum de 3 mois et un maximum de 30 mois (Figure 12).

3.1.13. Juridiction au moment de la consultation

3.1.13.1. La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction au moment de la consultation

Juridiction au moment de la consultation	Effectif
CPAM	6 (46%)
CRA	2 (15%)
CRRMP	2 (15%)
TASS	3 (24%)
Total	13 (100%)

Tableau 20: La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction au moment de la consultation

Pour les **consultations de contentieux de la reconnaissance en MP**, nous avons constaté que la plupart des patients (6 sur les 13 interrogés, soit 46% de cet effectif) nous sont adressés peu de temps après leur demande auprès de la **CPAM** (Tableau 20).

3.1.13.2. La répartition des consultations en vue de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction au moment de la consultation

Juridiction au moment de la consultation	Effectif
CPAM	13 (25%)
CRA	16 (32%)
TCI	22 (43%)
Total	51 (100%)

Tableau 21: La répartition des consultations de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction au moment de la consultation

En ce qui concerne les **consultations dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP**, les patients arrivent dans notre service au moment de la contestation auprès du **TCI** (22 sur les 51 personnes interrogés, soit 43% de cet effectif) (Tableau 21).

3.1.14. Juridiction ayant suivi la CPP-ME

3.1.14.1. La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction ayant suivi la CPP-ME

Juridiction ayant suivi à la CPP-ME	Effectif
CPAM	4 (31%)
CRRMP	5 (38%)
TASS	4 (31%)
Total	13 (100%)

Tableau 22: La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction ayant suivi la CPP-ME

Le courrier à l'issue de notre consultation dans le cadre de **la reconnaissance en MP** a servi principalement au **CRRMP** (5 sur 13, soit 38% des consultations), suivi de la CPAM et du TASS (Tableau 22).

3.1.14.2. La répartition des consultations de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction ayant suivi la CPP-ME

Juridiction ayant suivi à la CPP-ME	Effectif
CPAM	2 (3%)
CRA	10 (20%)
Expertise médicale	1 (2%)
TCI	38 (75%)
Total	51 (100%)

Tableau 23: La répartition des consultations de réparation des AT/MP en fonction de la juridiction ayant suivi la CPP-ME

En ce qui concerne les consultations de **la réparation des AT/MP**, dans la majorité des cas notre courrier a servi au **TCI** (38 sur 51, soit 75% des personnes interrogées) (Tableau 23).

3.1.15. Juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux

3.1.15.1. La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux

Juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux	Effectif
CPAM	3 (24%)
CRRMP	5 (38%)
TASS	5 (38%)
Total	13 (100%)

Tableau 24: La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux

Pour la reconnaissance en MP, la dernière juridiction a été représentée principalement par le **CRRMP** et le **TASS** (5 sur 13, soit 38% de cet effectif, pour chacun) et secondairement par la CPAM (3 sur 13, soit 24% de l'effectif) (Tableau 24).

3.1.15.2. La répartition des consultations de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux

Juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux	Effectif
CPAM	1 (2%)
CRA	6 (12%)
TASS	1 (2%)
TCI	42 (82%)
CNITAAT	1 (2%)
Total	51 (100%)

Tableau 25: La répartition des consultations de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux

Pour le contentieux de la réparation des AT/MP, la dernière juridiction a été dans une grande majorité le **TCI** (42 sur 51, soit 82% de cet effectif) (Tableau 25).

3.1.16. Le taux de satisfaction de la population interrogée concernant la CPP-ME

Patient satisfait de la CPP-ME	Population globale	Les consultations dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP	Les consultations dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP
Non	17 (27%)	2 (15%)	15 (31%)
Oui	45 (73%)	11 (85%)	34 (69%)
Total	62 (100%)	13 (100%)	49 (100%)
Manquantes	2	0	2

Tableau 26: Le taux de patients ayant trouvés utile la consultation de la CPP-ME

Sur l'ensemble de notre population, le **taux de satisfaction** a été de **73%**, soit 45 patients.

Dans le cadre du **contentieux de la reconnaissance en MP**, **85 %** des personnes interrogées ont trouvé cette consultation utile pour leur démarche (Tableau 26).

Ce taux a été de **69%** pour le **contentieux de la réparation des AT/MP** (2 des personnes interrogées n'ont pas su répondre à cette question) (Tableau 26).

3.1.17. Ressenti et impressions des patients au terme du questionnaire

Le ressenti et les impressions des patients que nous avons recueillis au terme du questionnaire étaient différents selon que l'avis de la CPP-ME avait été confirmé (75%) ou non (25%).

Dans le premier cas, une large majorité des patients s'est montrée très satisfaite de la CPP-ME, évoquant notamment que c'était « grâce à votre courrier et à vos consignes que j'ai pu avoir gain de cause à l'issue de la procédure contentieuse ». Seulement deux de ces patients ont signalé, au contraire, leur sentiment que notre «avis n'avait pas influencé la décision finale favorable des instances contentieuses ».

Pour les patients n'ayant pas eu une confirmation des instances contentieuses de l'avis favorable de la CPP-ME, nous avons rencontré deux situations:

- d'une part, certains patients se sont déclarés insatisfaits par le fait que les experts des instances contentieuses n'auraient même pas pris en compte le courrier de la CPP-ME ;
- d'autre part, certains patients se sont déclarés quand même satisfaits de la CPP-ME (8 sur 16, soit 50% de cet effectif), évoquant notamment les raisons suivantes:
 - « Cette consultation m'a enfin permis de comprendre les démarches et le fonctionnement de cette procédure contentieuse » ;
 - « Les explications données lors de la CPP-ME et l'avis favorable à l'issue de celle-ci m'ont conforté dans l'idée que j'avais eu raison d'entamer la procédure contentieuse » ;
 - « L'avis favorable de la CPP-ME est en quelque sorte une reconnaissance de ma souffrance » ;
 - « Le médecin de la CPP-ME est le seul à m'avoir écouté et confirmé que ce qui m'arrivait n'était pas dans ma tête, alors que l'expert m'avait regardé et m'avait dit en rigolant : arrêtez de trembler comme ça ».

3.2. Le devenir du dossier des patients

3.2.1. Le devenir du dossier des patients en fonction du motif de contentieux

3.2.1.1. Le devenir du dossier des patients en fonction du motif de consultation dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP

3.2.1.1.1. Les patients vus en CPP-ME en amont de toute décision de la Sécurité sociale

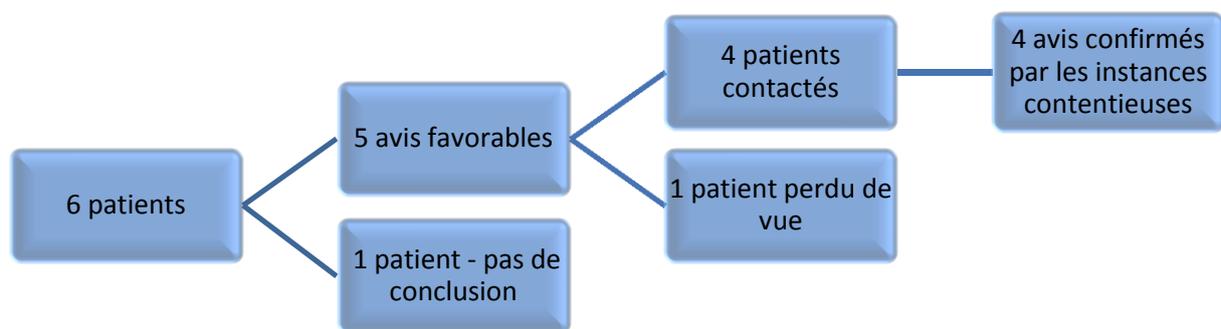


Figure 13: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP en amont de toute décision de la Sécurité sociale

Pour les personnes adressées en consultation avant toute décision de la Sécurité sociale (en nombre de 6), 5 ont eu un avis favorable de notre service. Nous avons pu contacter 4 personnes sur les 5. Toutes ont eu une décision conforme à notre avis. Il s'agissait d'une atteinte pulmonaire suite à l'exposition à la silice (2 cas), aux poussières de charbon (1 cas) ou aux fibres d'amiante (1 cas). Dans un seul cas, les éléments présentés par le patient lors de la consultation ne nous ont pas permis de conclure (Figure 13).

3.2.1.1.2. Désaccord sur le diagnostic

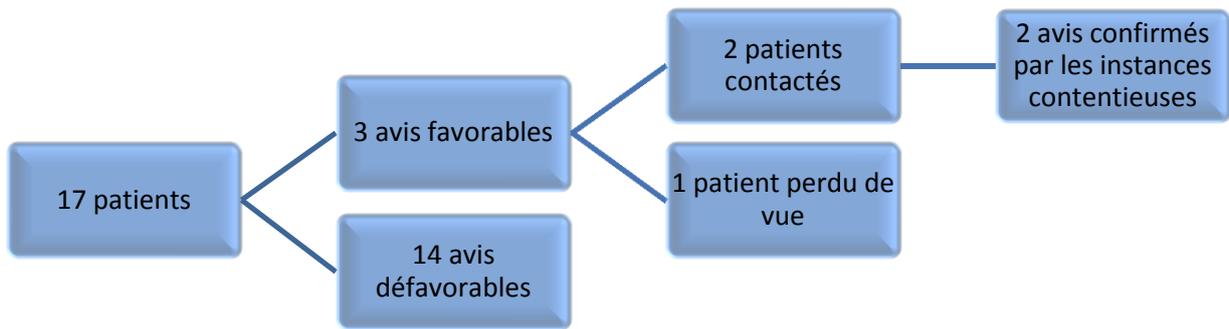


Figure 14: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant le désaccord sur le diagnostic

Concernant le **désaccord sur le diagnostic** (Figure 14), parmi les 17 cas vus en consultation, notre avis a été favorable pour seulement 3 personnes. Nous avons pu contacter 2 patients; dans les deux cas notre avis a été confirmé à l'issue de la procédure contentieuse.

3.2.1.1.3. Condition médico-administrative non-remplie

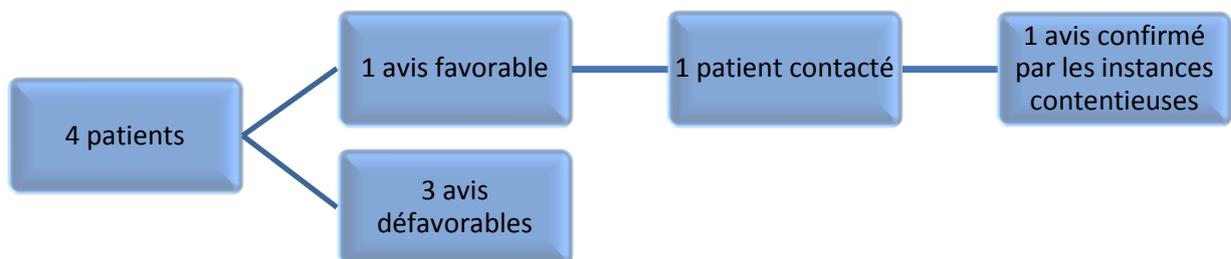


Figure 15: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP pour condition médico-administrative non-remplie

Parmi les 4 patients vus en consultation dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP pour condition médico-administrative non-remplie, un seul a eu un avis favorable de la CPP-ME; cet avis a été confirmé par les instances contentieuses (Figure 15).

3.2.1.1.4. Absence d'exposition

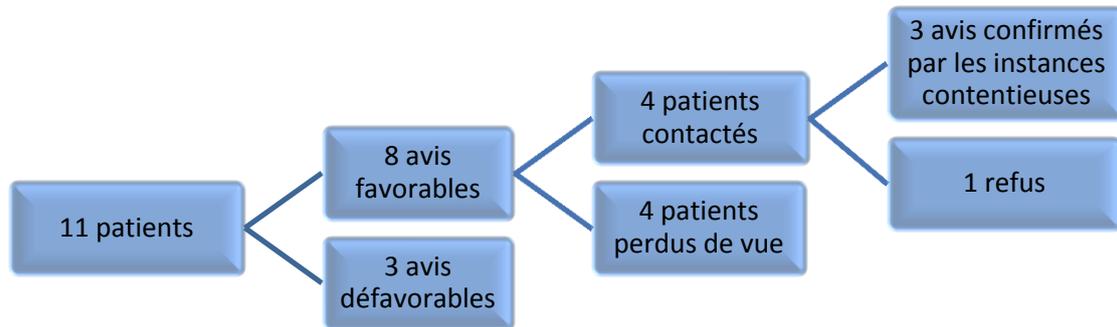


Figure 16: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant l'absence d'exposition

En ce qui concerne **l'absence l'exposition**, parmi les 11 personnes vues en consultation, 8 ont eu un avis favorable de notre service. Parmi elles, 4 personnes ont pu être contactées. Trois sur ces quatre personnes ont eu une confirmation de notre avis à la fin du contentieux. A chaque fois il s'agissait d'une exposition aux fibres d'amiante (Figure 16).

3.2.1.1.5. Dépassement du délai de prise en charge

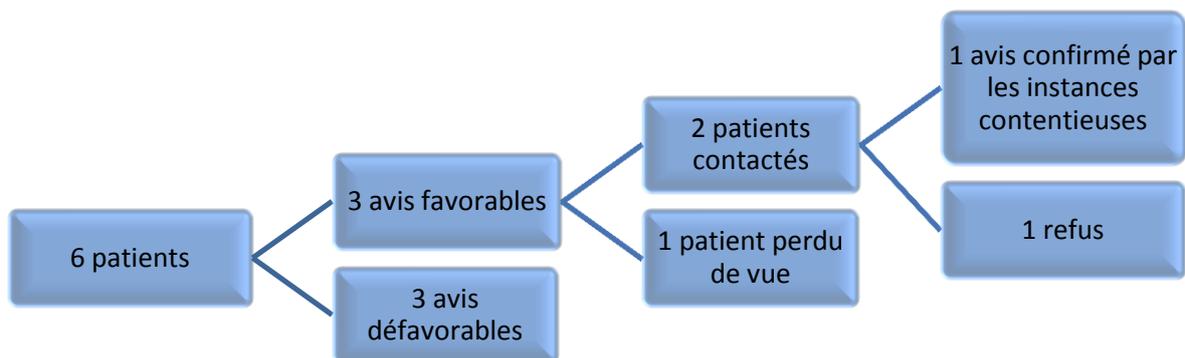


Figure 17: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant le dépassement du délai de prise en charge

Concernant le dépassement du délai de prise en charge, parmi les 6 patients vus en CPP-ME, notre avis a été favorable pour 3 d'entre eux; deux patients ont été contactés, notre avis étant confirmé pour un seul cas (Figure 17).

3.2.1.1.6. Non-respect de la liste limitative des travaux du tableau de maladies professionnelles

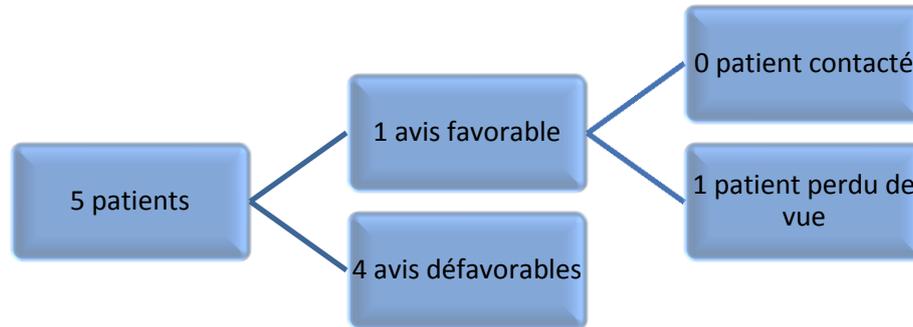


Figure 18: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant le non-respect de la liste limitative des travaux du tableau de maladies professionnelles

Concernant le non-respect de la liste limitative des travaux du tableau de maladies professionnelles, parmi les 5 patients vus en CPP-ME, un seul a eu un avis favorable. Malheureusement nous n'avons pas pu le contacter (Figure 18).

3.2.1.2. Le devenir du dossier des patients en fonction du motif de consultation dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP

3.2.1.2.1. Le taux initial d'IPP

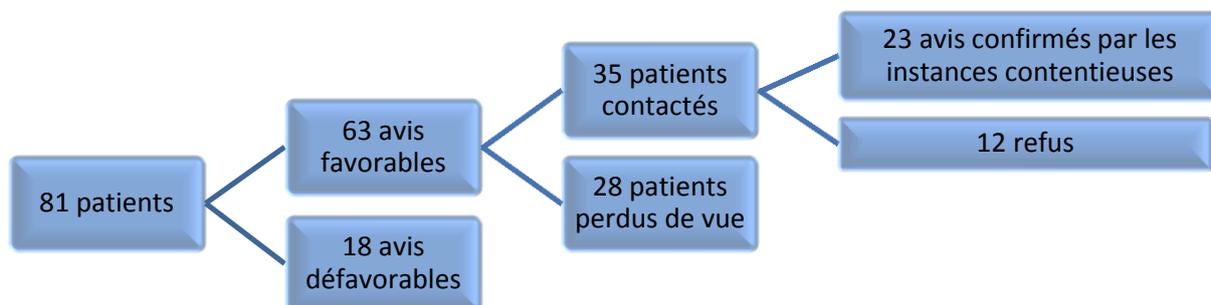


Figure 19: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP concernant le taux initial d'IPP

Concernant le contentieux de la réparation des AT/MP pour le **taux initial d'IPP**, notre avis a été favorable dans 63 cas sur les 81 examinés. Parmi les 63 personnes, 35 ont pu être contactées. Vingt-trois d'entre elles ont eu une confirmation de notre avis à la fin du contentieux (65% taux de confirmation) (Figure 19).

3.2.1.2.2. Le taux d'IPP lors de l'aggravation des lésions

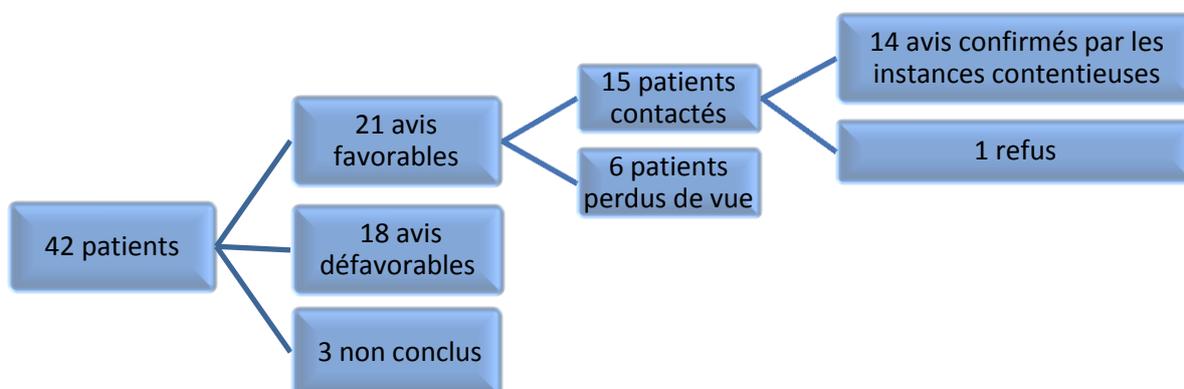


Figure 20: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de réparation des AT/MP concernant le taux d'IPP lors de l'aggravation des lésions

Concernant le contentieux de réparation des AT/MP pour le **taux d'IPP lors de l'aggravation des lésions**, 21 patients parmi les 42 ont eu un avis favorable de notre service. Quinze d'entre eux ont pu être contactés. Quatorze patients ont eu une confirmation de notre avis à la fin du contentieux (93% de taux de confirmation) (Figure 20).

3.2.1.2.3. La consolidation des AT/MP

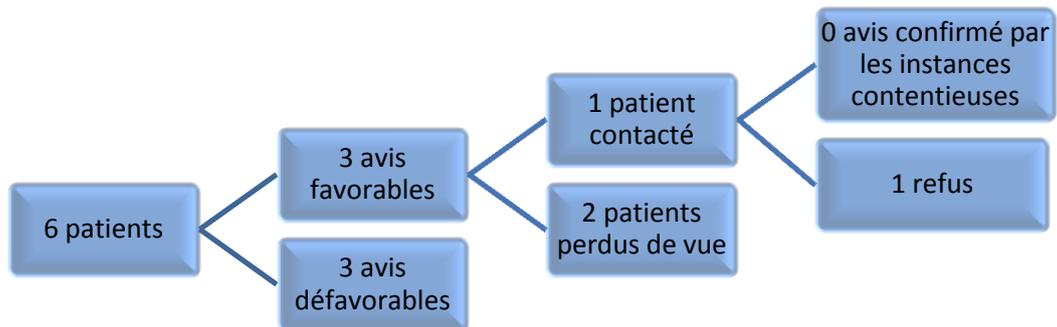


Figure 21: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP concernant la consolidation des AT/MP

Concernant les 6 patients vus en CPP-ME dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP pour la consolidation de la pathologie, notre avis a été favorable dans 3 cas. Nous avons réussi à contacter un d'entre eux; l'avis de la CPP-ME n'a pas été confirmé par les instances contentieuses (Figure 21).

3.2.1.2.4. La rechute des AT/MP

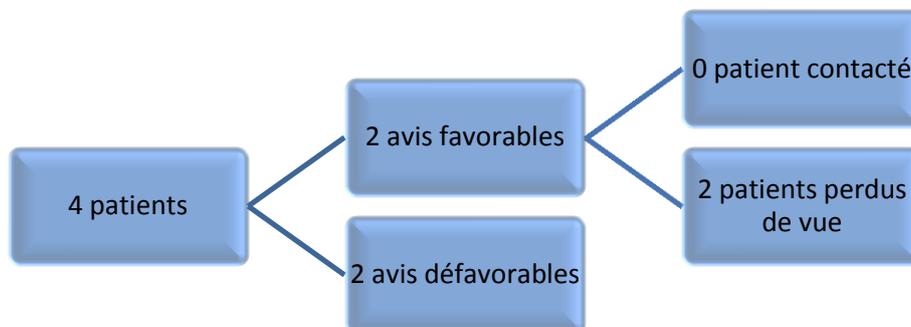


Figure 22: L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de réparation des AT/MP concernant la rechute des AT/MP

Concernant la rechute des AT/MP, parmi les 4 patients vus en CPP-ME, deux ont eu un avis favorable. Malheureusement nous n'avons pas pu les contacter (Figure 22).

3.2.2. Le devenir du dossier des patients en fonction de l'organe atteint

3.2.2.1. Le devenir du dossier des patients en fonction de l'organe atteint dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP

3.2.2.1.1. L'atteinte du membre supérieur

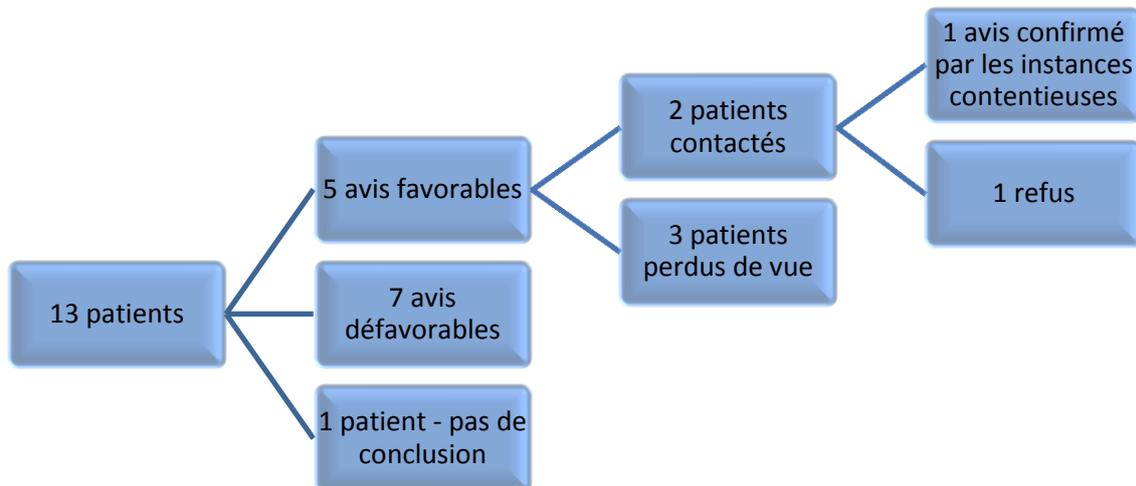


Figure 23: Le devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant l'atteinte du membre supérieur

Dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant l'atteinte du membre supérieur, l'avis de la CPP-ME a été favorable pour 5 patients. Deux d'entre eux ont pu être contactés, notre avis étant confirmé pour un seul cas (Figure 23).

Concernant les 13 atteintes du membre supérieur, il s'agit de l'épaule (6 sur 13), le coude (3 sur 13), le poignet (2 sur 13) et la main (2 sur 13).

Parmi les 7 cas pour lesquels notre avis a été défavorable, le motif de refus a été :

- Le désaccord sur le diagnostic dans 3 cas ;
- Le non-respect de la liste limitative de travaux dans 2 cas ;
- Le dépassement du délai de prise en charge dans 2 cas.

Dans 1 cas, nous n'avons pas pu conclure (Figure 23).

3.2.2.1.2. L'atteinte pulmonaire

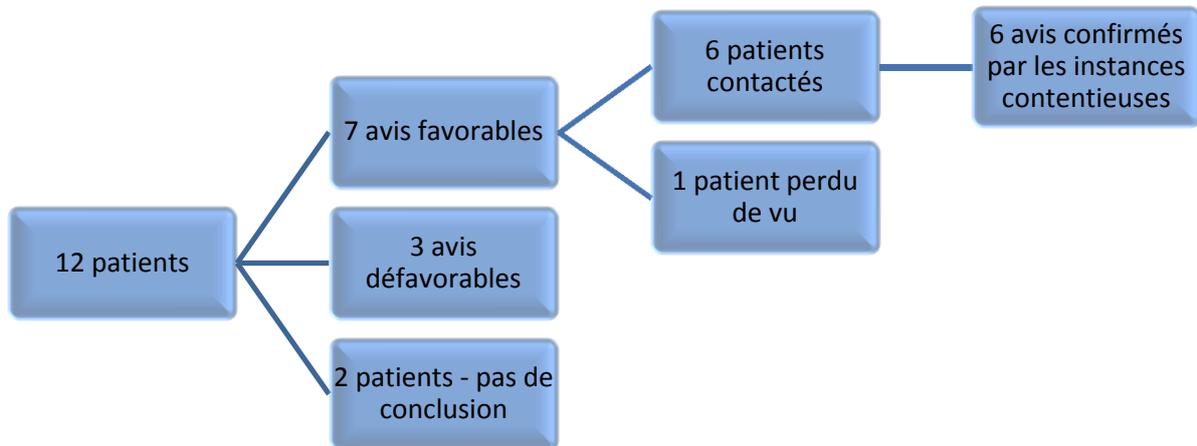


Figure 24: L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte pulmonaire dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP

Sur les 12 cas d'atteintes pulmonaires, 7 ont eu un avis favorable de notre service. Nous avons pu contacter 6 d'entre eux. Ils nous ont tous confirmé avoir eu un avis favorable à l'issue de la procédure. Pour quatre personnes, il s'agissait d'un avis de la CPP-ME avant toute décision de la Sécurité sociale, et pour les deux autres, d'un refus pour dépassement du délai de prise en charge et pour condition médico-administrative non-remplie.

Parmi les cas pour lesquels notre avis a été défavorable, le motif de refus a été :

- Le désaccord sur le diagnostic dans un cas ;
- L'absence d'exposition dans un cas ;
- Le dépassement du délai de prise en charge dans un cas.

Dans 2 cas, nous n'avons pas pu conclure (Figure 24).

3.2.2.1.3. L'atteinte rachidienne

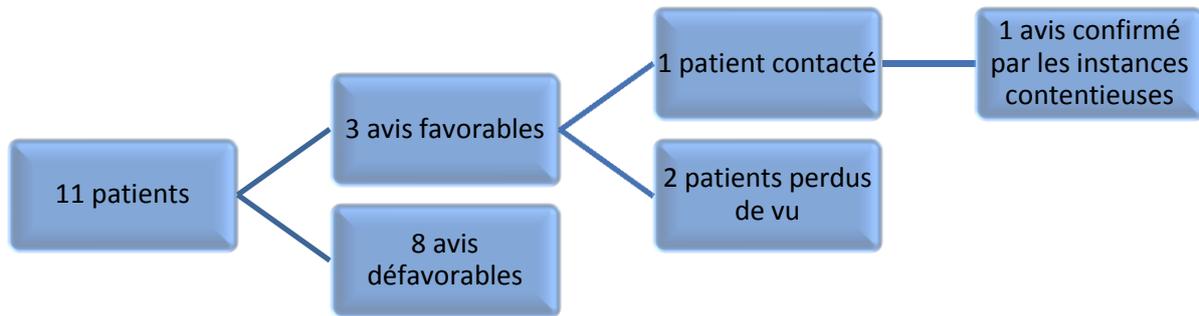


Figure 25: L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte rachidienne dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP

En ce qui concerne **les pathologies rachidiennes**, elles sont dues, pour la plupart, au port de charges lourdes (8 cas sur 11, soit 73% de cet effectif). Il faut mentionner que sur les 11 cas de pathologie rachidienne vus en consultation pour la reconnaissance en MP, seulement 3 avaient eu une réponse favorable de notre service (Figure 25). Les motifs des 8 cas d'avis défavorables ont été :

- le désaccord sur le diagnostic dans 4 cas (il s'agissait à chaque fois de lésions dégénératives, non spécifiques d'une origine professionnelle et surtout pas de lésions à type de hernie discale décrite dans le tableau MP 97 ou 98) ;
- dans 2 cas, il s'agissait d'une condition médico-administrative non-remplie ; même s'il y avait présence d'une hernie discale, il n'y avait pas de conflit disco-radiculaire ou les manifestations radiculaires étaient discordantes par rapport au descriptif radiologique ;
- enfin, dans 2 cas, le motif de refus a été le non-respect de la liste limitative des travaux fixés au tableau de maladies professionnelles.

3.2.2.1.4. L'atteinte pleurale

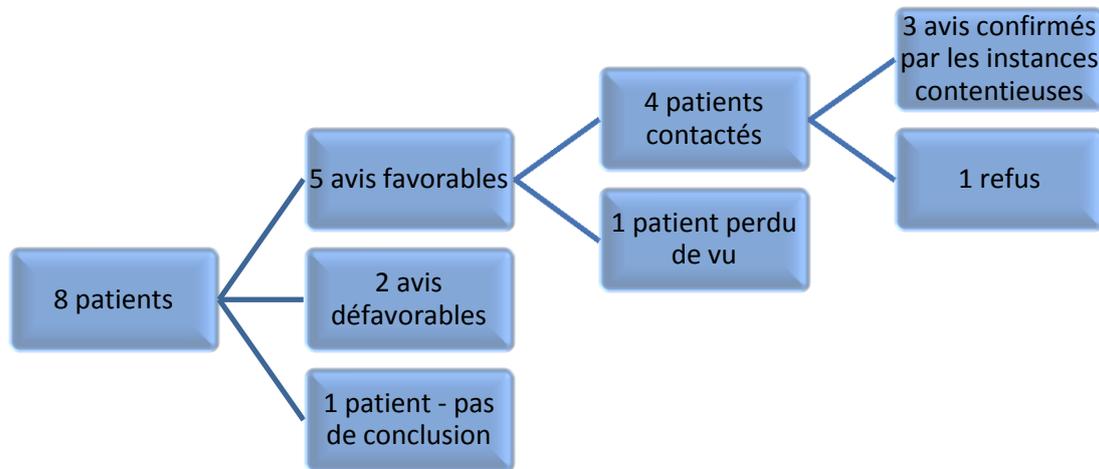


Figure 26: L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte pleurale dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP

En quatrième position se situent **les atteintes pleurales**.

Dans 5 cas, nous avons donné un avis favorable. Nous avons pu contacter 4 personnes sur les 5, le motif du contentieux était alors la réalité de l'exposition aux fibres d'amiante. Trois personnes sur les quatre interrogées ont eu gain de cause à la fin du contentieux, notre avis étant confirmé.

Dans 2 cas, nous avons donné un avis défavorable, un pour absence d'exposition, un pour diagnostic ne correspondant pas à l'intitulé du tableau de maladie professionnelle.

Dans un seul cas, les éléments présentés par les patients ne nous ont pas permis de conclure (Figure 26).

3.2.2.1.5 Les autres organes atteints dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP

Parmi les cinq autres atteintes retrouvées dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP, on peut énumérer:

- Le genou (1 cas de pathologie fémoro-patellaire) ; l'avis de la CPP-ME a été défavorable ;
- L'oreille (1 cas de surdité professionnelle) ; l'avis de la CPP-ME a été défavorable ;
- Les voies excrétrices urinaires supérieures (1 cas de cancer urothélial) ; malgré le courrier du médecin du travail de l'entreprise stipulant l'exposition professionnelle à la Benzidine 4,4'diaminobiphenyle p,p'diaminodiphenyle, la reconnaissance au titre du tableau MP15ter avait été refusée pour absence d'exposition au risque; suite au questionnaire professionnel réalisé lors de la CPP-ME, l'exposition à ce produit avait été confirmée ; l'avis de la CPP-ME a été favorable ; nous n'avons pas pu contacter le patient pour obtenir des informations sur la finalité du contentieux ;
- La rétine (1 cas de d'occlusion veineuse centrale de la rétine chez un soudeur; notre avis a été défavorable compte tenu de l'absence de données dans la littérature pouvant expliquer le lien entre un facteur professionnel et la pathologie) ;
- La moelle (une gammopathie monoclonale - refus pour raison médicale au titre du tableau MP6) ; notre avis a été défavorable.

3.2.2.2. Le devenir du dossier des patients en fonction de l'organe atteint dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP

3.2.2.2.1. L'atteinte du membre supérieur

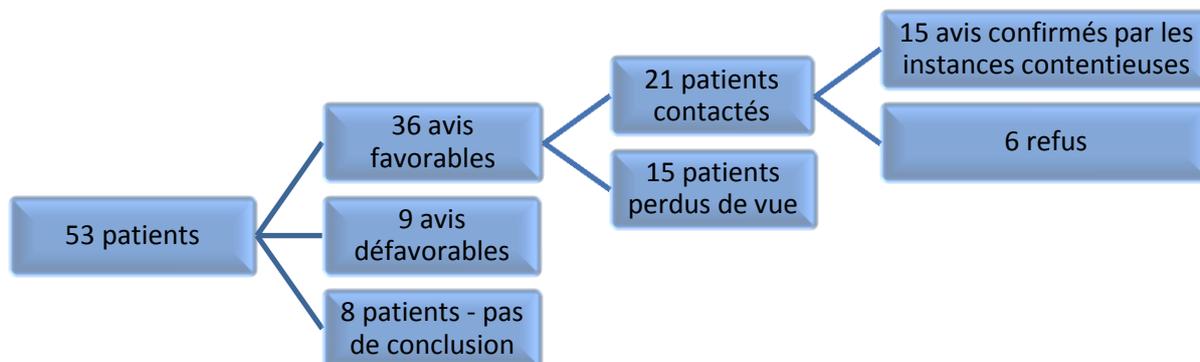


Figure 27: L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte du membre supérieur dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP

Dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP concernant **l'atteinte du membre supérieur**, l'avis de la CPP-ME a été favorable dans 36 cas sur les 53 examinés. Nous avons pu joindre 21 personnes. Pour 15 personnes de ces 21, notre avis a été confirmé à l'issue de la procédure contentieuse (soit 71% de cet effectif) (Figure 27).

Dans les 9 cas d'avis défavorable de la CPP-ME, le refus a concerné:

- Le taux initial d'IPP dans 7 cas ;
- La consolidation de la lésion professionnelle dans un cas ;
- La rechute d'une lésion professionnelle dans un cas.

Dans 8 cas nous n'avons pas pu conclure (Figure 27).

Parmi les atteintes du membre supérieur on retrouve :

- L'épaule (25 cas) ;
- La main (14 cas) ;
- Le poignet (5 cas) ;
- Le bras (5 cas) ;
- Le coude (4 cas).

3.2.2.2.2. L'atteinte pulmonaire

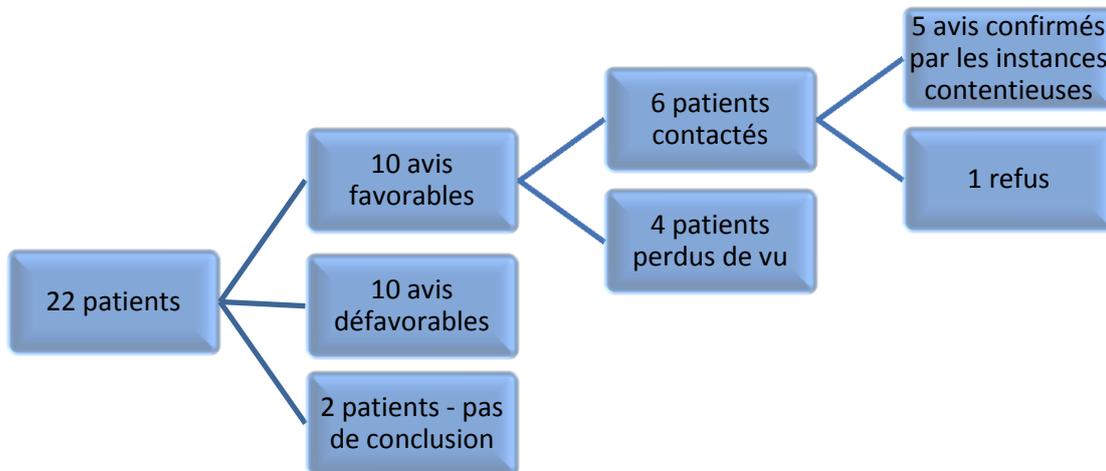


Figure 28: L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte pulmonaire dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP

Pour **l'atteinte pulmonaire**, parmi les 22 personnes vues en consultation, seulement 10 ont eu un avis favorable. Nous avons pu contacter 6 personnes sur les 10, et parmi eux, 5 ont eu une confirmation de notre avis à la fin du contentieux (Figure 28).

Pour les 10 cas d'avis défavorable de la CPP-ME, le motif de consultation a été le taux d'IPP lors de l'aggravation d'une maladie professionnelle.

Dans 2 cas nous n'avons pas pu conclure.

3.2.2.2.3. L'atteinte rachidienne

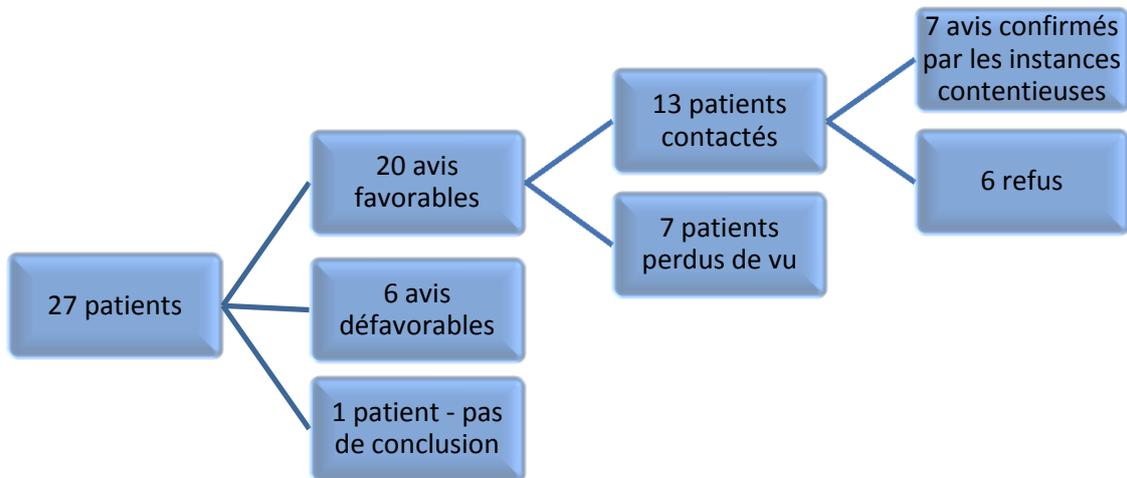


Figure 29: L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte rachidienne dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP

Concernant **l'atteinte rachidienne**, nous avons donné un avis favorable dans 20 cas sur les 27 examinés. Nous avons pu contacter 13 personnes sur 20. Notre avis a été confirmé dans un peu plus de la moitié des cas (7 personnes sur les 13 contactées) (Figure 29).

Les 6 cas d'avis défavorable de la CPP-ME ont eu pour objet:

- Le taux initial d'IPP dans 3 cas ;
- Le taux d'IPP lors de l'aggravation d'une lésion professionnelle dans 2 cas ;
- La consolidation d'une lésion professionnelle dans un cas.

Dans un seul cas nous n'avons pas pu conclure.

3.2.2.2.4. L'atteinte pleurale

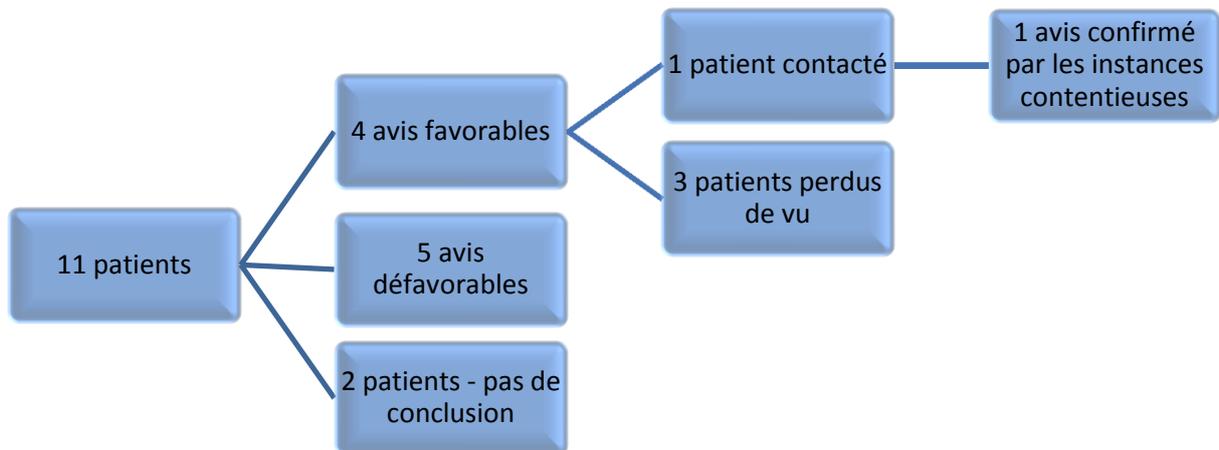


Figure 30: L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte pleurale dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP

Concernant **l'atteinte pleurale**, nous avons donné un avis favorable dans 4 cas sur les 11 examinés. Nous avons pu contacter un seul patient. Notre avis a été confirmé par les instances contentieuses (Figure 30).

Les 5 cas d'avis défavorable de la CPP-ME ont eu pour objet:

- Le taux initial d'IPP dans 1 cas ;
- Le taux d'IPP lors de l'aggravation d'une lésion professionnelle dans 4 cas.

Dans 2 cas nous n'avons pas pu conclure.

3.2.2.2.5. L'atteinte du membre inférieur

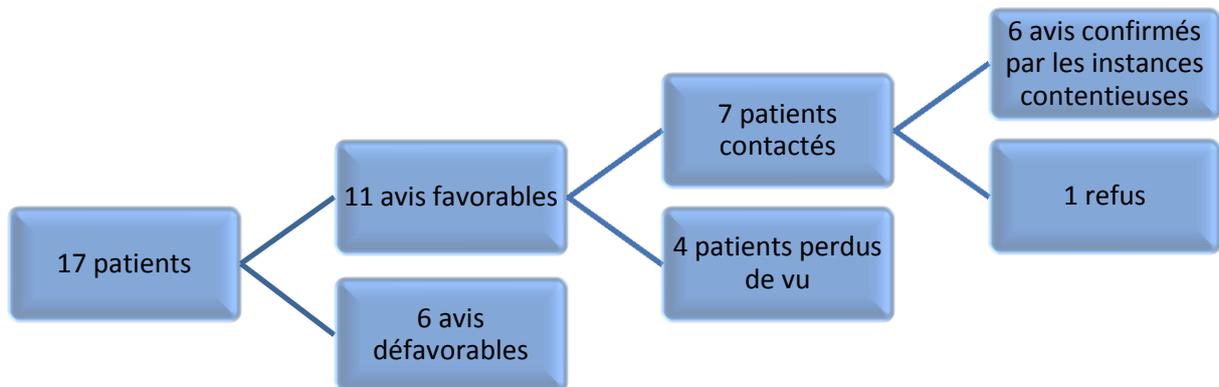


Figure 31: L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte du membre inférieur dans le cadre du contentieux de réparation des AT/MP

Concernant **l'atteinte du membre inférieur**, nous avons donné un avis favorable dans 11 cas sur les 17 examinés. Nous avons pu contacter 7 patients. Dans 6 cas, notre avis a été confirmé par les instances contentieuses (Figure 31).

Les 6 cas d'avis défavorable de la CPP-ME ont eu pour objet:

- Le taux initial d'IPP dans 2 cas ;
- Le taux d'IPP lors de l'aggravation d'une lésion professionnelle dans 2 cas ;
- La consolidation d'une lésion professionnelle dans un cas ;
- La rechute d'une lésion professionnelle dans un cas.

Parmi les atteintes du membre inférieur on retrouve:

- Le genou (8 cas) ;
- La cheville (5 cas) ;
- La cuisse (2 cas) ;
- Le pied (2 cas).

3.3. L'analyse des décisions prises par la Sécurité sociale et les instances contentieuses à l'issue de la consultation de la CPP-ME

L'objectif principal de l'étude a été d'évaluer l'action de la CPP-ME dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP et de la réparation des AT/MP. Pour l'évaluation quantitative de cette action, nous avons effectué le calcul de la valeur prédictive positive, qui nous a permis d'obtenir la probabilité que l'avis final du contentieux soit favorable si l'avis à l'issue de notre consultation était favorable.

Le calcul de la valeur prédictive a été réalisé séparément pour chaque problématique, d'une part pour les dossiers concernant la reconnaissance des pathologies professionnelles, d'autre part pour les dossiers de la réparation des AT/MP.

Le type de contentieux	L'avis final du contentieux		VPP
	Favorable	Défavorable	
La réparation des AT/MP (n=51)	37	14	0,72 (IC95%=0,6-0,84)
La reconnaissance en MP (n=13)	11	2	0,84

VPP = valeur prédictive positive

Tableau 27. Calcul de la VPP selon le type de contentieux

La valeur prédictive positive calculée a été de 0,72 (I95% = (0,6-0,84) pour les consultations concernant la réparation des AT/MP (Tableau 27) et de 0,84 pour celles concernant la reconnaissance en MP (Tableau 27) [l'intervalle de confiance à 95% (IC95%) pour cette dernière VPP n'a pas pu être calculé en raison du faible effectif (13 patients)].

3.4. Les facteurs favorisant un avis favorable du contentieux de la réparation des AT/MP lorsque l'avis à l'issue de la CPP-ME a été favorable

Chaque paramètre a fait l'objet d'une analyse statistique mesurant l'influence que ce paramètre peut avoir sur la relation entre les deux avis : celui de la CPP-ME et l'avis final de la procédure contentieuse.

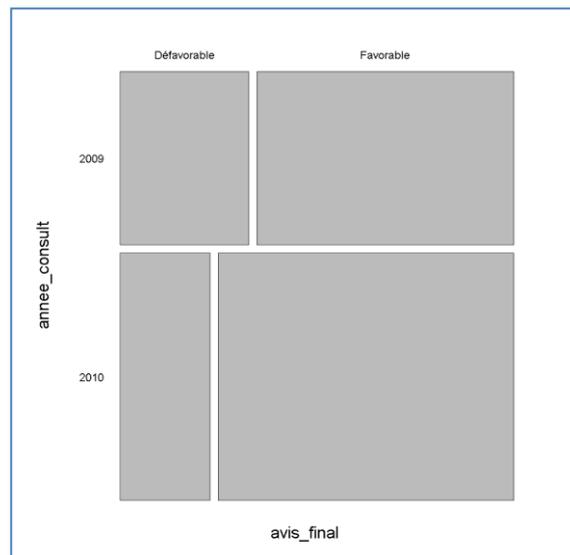
Le paramètre étudié	Significativité statistique du test effectué	Conclusion
Année d'inclusion	Non significatif (p = 0,431)	On ne peut pas conclure
Sexe	Non significatif (p = 0,503)	On ne peut pas conclure
Age	Non significatif (p = 0,981)	On ne peut pas conclure
Département du domicile	Non significatif (p = 0,715)	On ne peut pas conclure
Statut socio-professionnel	Non significatif (p = 0,667)	On ne peut pas conclure
Motif de consultation	Non significatif (p = 0,915)	On ne peut pas conclure
Organe atteint	Non significatif (p = 0,888)	On ne peut pas conclure
Nuisance	Non significatif (p = 0,859)	On ne peut pas conclure
Juridiction au moment de la CPP-ME	Non significatif (p = 1)	On ne peut pas conclure

Tableau 28: L'analyse des facteurs favorisant un avis favorable du contentieux de la réparation des AT/MP lorsque l'avis de la CPP-ME a été favorable

Pour l'ensemble des paramètres étudiés, la non-significativité statistique du test (**p > 0,05**) ne nous permet pas de conclure à un lien entre ces paramètres et l'avis final des instances contentieuses (Tableau 28).

3.4.1. L'année de consultation

L'année de consultation	Avis défavorable	Avis favorable	Total
2009	7 (33%)	14 (67%)	21
2010	7 (23%)	23 (77%)	30
Total	14	37	51



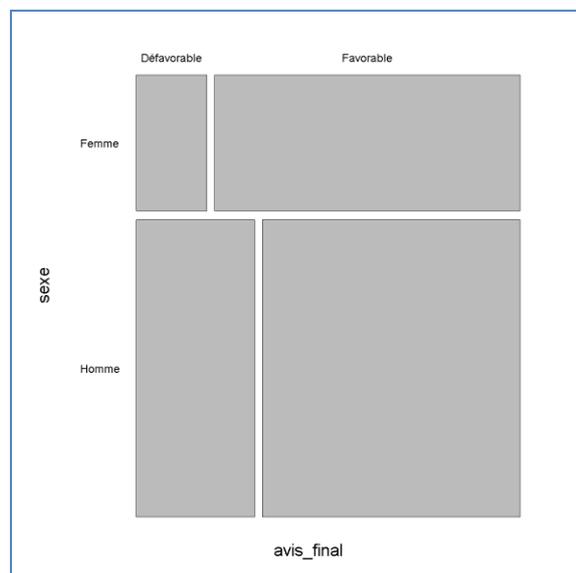
$p = 0,431$

Tableau 29: L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ année consultation »

On ne peut conclure à un lien entre l'année de consultation et l'avis final du contentieux ($p > 0,05$) (Tableau 29).

3.4.2. Le sexe

Le sexe	Avis défavorable	Avis favorable	Total
Femme	3 (19%)	13 (81%)	16
Homme	11 (31%)	24 (69%)	35
Total	14	37	51



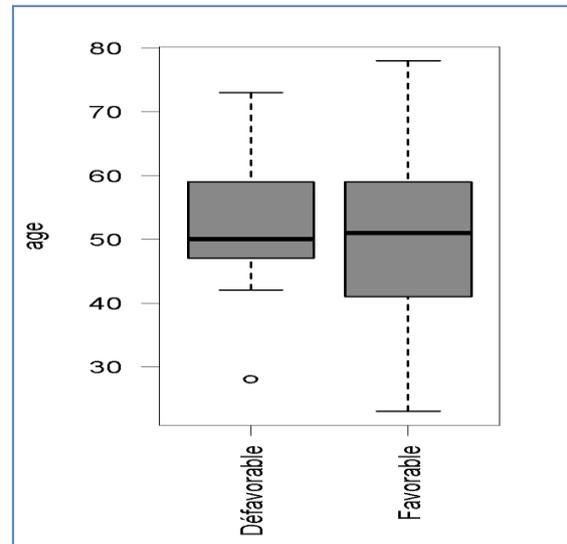
$p = 0,503$

Tableau 30: L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ sexe »

On ne peut conclure à un lien entre le sexe des patients vus en consultation et l'avis final du contentieux ($p > 0,05$) (Tableau 30).

3.4.3. L'âge

L'âge	Avis défavorable (n=14)	Avis favorable (n=37)
Minimum	28	23
Médiane	50	51
Maximum	73	78



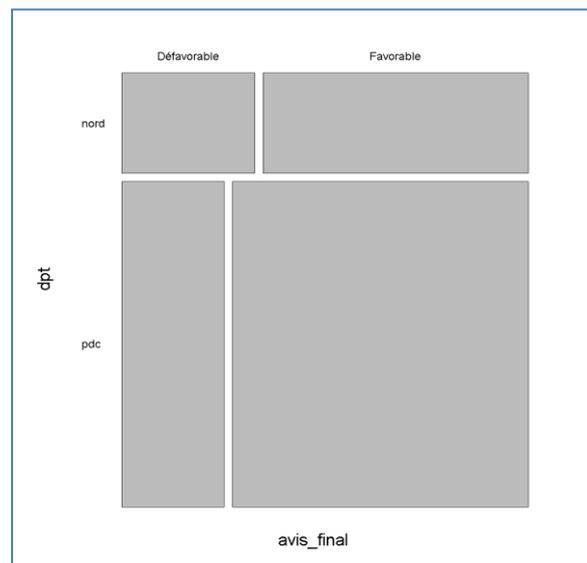
p = 0,981

Tableau 31: L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ âge »

On ne peut conclure à un lien entre l'âge et l'avis final du contentieux ($p > 0,05$) (Tableau 31).

3.4.4. Le département du domicile

Le département	Avis défavorable	Avis favorable	Total
Nord	4 (33%)	8 (67%)	12
Pas de Calais	10 (26%)	29 (74%)	39
Total	14	37	51



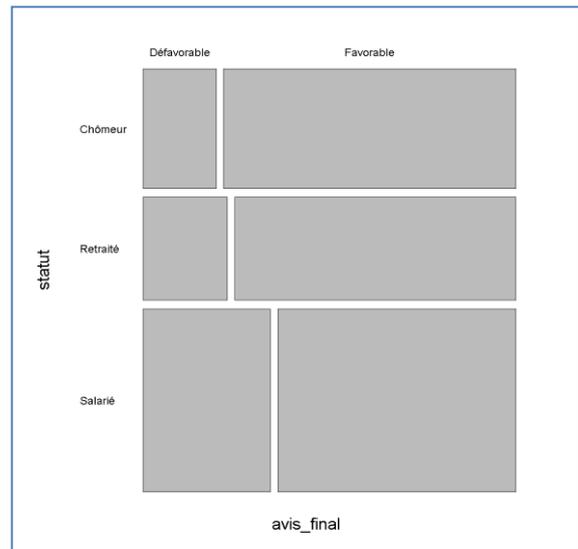
p = 0,715

Tableau 32: L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ département »

On ne peut conclure à un lien entre le département du domicile des patients vus en consultation et l'avis final du contentieux ($p > 0,05$) (Tableau 32).

3.4.5. Le statut socio-professionnel

Le statut socio-professionnel	Avis défavorable	Avis favorable	Total
Chômeur	3 (20%)	12 (80%)	15
Retraité	3 (23%)	10 (77%)	13
Salarié	8 (35%)	15 (65%)	23
Total	14	37	51



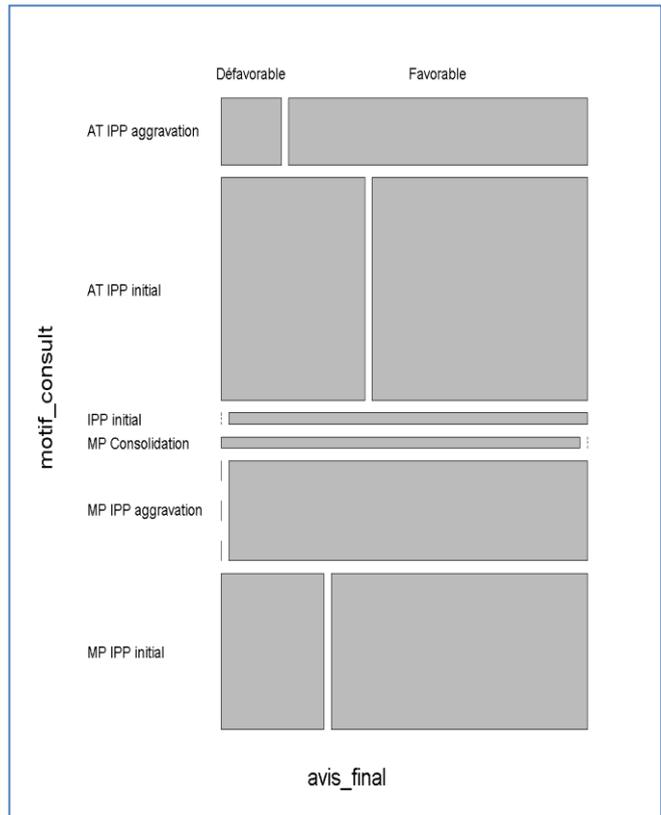
$p = 0,667$

Tableau 33: L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ statut socio-professionnel »

On ne peut conclure à un lien entre le statut socio-professionnel et l'avis final du contentieux ($p > 0,05$) (Tableau 33).

3.4.6. Le motif de consultation

Le motif de consultation	Avis défavorable	Avis favorable	Total
AT IPP aggravation	1 (17%)	5 (83%)	6
AT IPP initial	8 (40%)	12 (60%)	20
IPP initial	0 (0%)	1 (100%)	1
MP Consolidation	1 (100%)	0 (0%)	1
MP IPP aggravation	0 (0%)	9 (100%)	9
MP IPP initial	4 (29%)	10 (71%)	14
Total	14	37	51



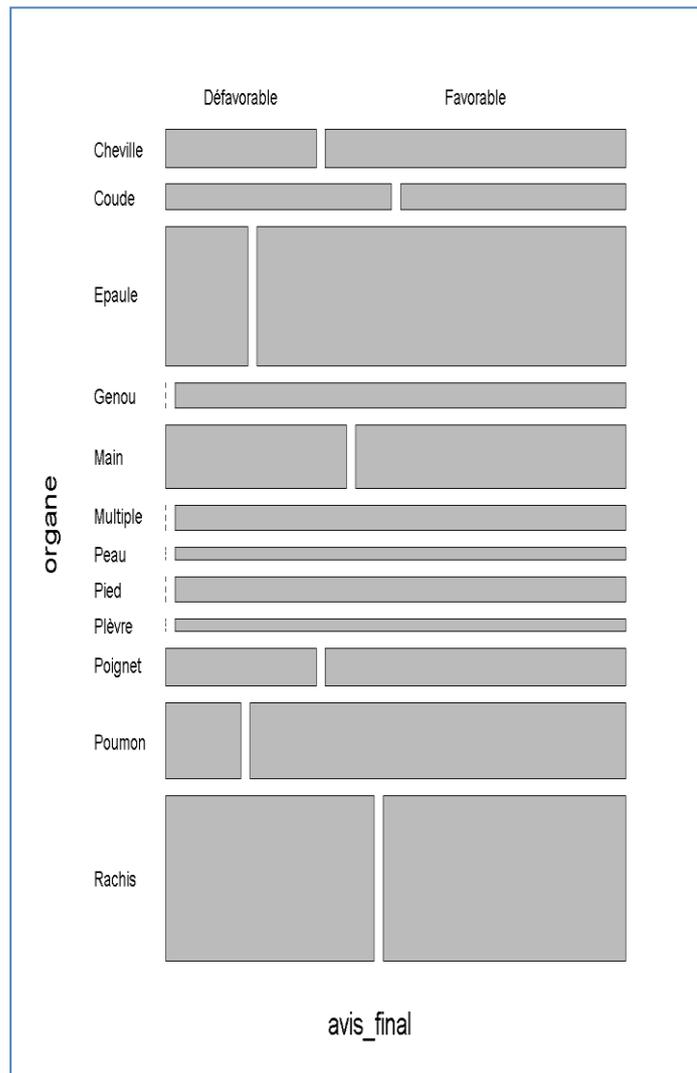
p = 0,0915

Tableau 34: L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ motif consultation »

On ne peut conclure à un lien entre le motif de consultation et l'avis final du contentieux ($p > 0,05$) (Tableau 34).

3.4.7. L'organe atteint

L'organe atteint	Avis défavorable	Avis favorable	Total
Cheville	1 (33%)	2 (67%)	3
Coude	1 (50%)	1 (50%)	2
Epaule	2 (18%)	9 (82%)	11
Genou	0 (0%)	2 (100%)	2
Main	2 (40%)	3 (60%)	5
Multiple	0 (0%)	2 (100%)	2
Peau	0 (0%)	1 (100%)	1
Pied	0 (0%)	2 (100%)	2
Plèvre	0 (0%)	1 (100%)	1
Poignet	1 (33%)	2 (67%)	3
Poumon	1 (17%)	5 (83%)	6
Rachis	6 (46%)	7 (54%)	13
Total	14	37	51



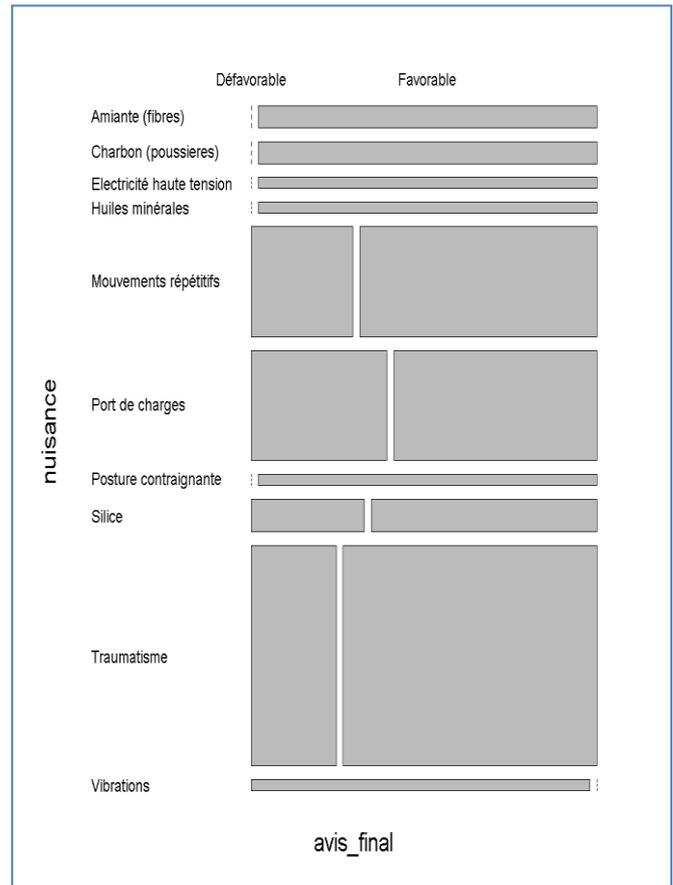
p = 0,888

Tableau 35: L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ organe atteint »

On ne peut conclure à un lien entre l'organe atteint et l'avis final du contentieux ($p > 0,05$) (Tableau 35).

3.4.8. La nuisance

La nuisance	Avis défavorable	Avis favorable	Total
Amiante (fibres)	0 (0%)	2 (100%)	2
Charbon (poussières)	0 (0%)	2 (100%)	2
Electricité haute tension	0 (0%)	1 (100%)	1
Huiles minérales	0 (0%)	1 (100%)	1
Mouvements répétitifs	3 (30%)	7 (70%)	10
Port de charges	4 (40%)	6 (60%)	10
Posture contraignante	0 (0%)	1 (100%)	1
Silice	1 (33%)	2 (67%)	3
Traumatisme	5 (25%)	15 (75%)	20
Vibrations	1 (100%)	0 (0%)	1
Total	14	37	51



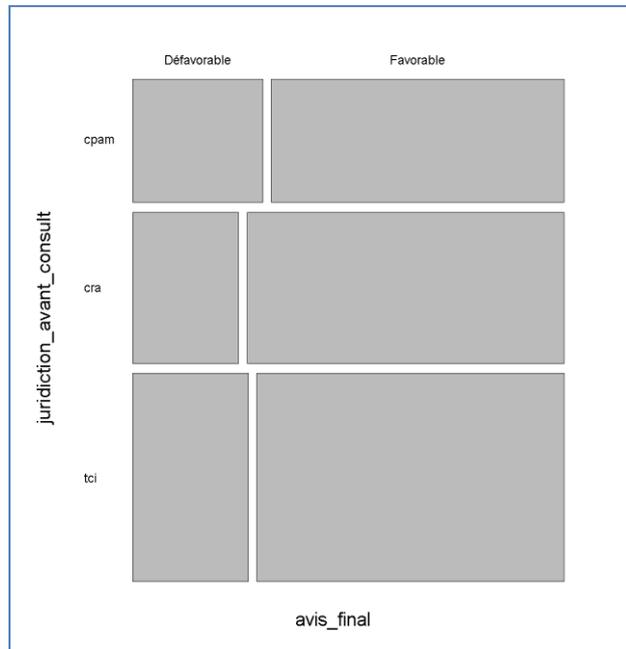
p = 0,859

Tableau 36: L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ nuisance »

On ne peut conclure à un lien entre la nuisance et l'avis final du contentieux ($p > 0,05$) (Tableau 36).

3.4.9. La juridiction au moment de la CPP-ME

Juridiction au moment de la CPP-ME	Avis défavorable	Avis favorable	Total
CPAM	4 (31%)	9 (69%)	13
CRA	4 (25%)	12 (75%)	16
TCI	6 (27%)	16 (73%)	22
Total	14	37	51



p = 1

Tableau 37: L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ juridiction au moment de la CPP-ME »

On ne peut conclure à un lien entre la juridiction au moment de la CPP-ME et l'avis final du contentieux ($p > 0,05$) (Tableau 37).

4. DISCUSSION

4.1. Le choix de l'objectif de l'étude

Le choix de l'objectif principal de notre étude a été guidé par la nécessité d'avoir une idée plus claire de ce que notre consultation apporte réellement aux patients engagés dans une procédure contentieuse aussi complexe et éprouvante, qui est celle du contentieux de la reconnaissance et/ou de la réparation des pathologies professionnelles. Le calcul de la valeur prédictive positive de notre avis pour chacun des deux versants du contentieux (celui de la reconnaissance et celui de la réparation) nous permet de prédire la probabilité d'avoir un avis favorable à la fin du contentieux alors que notre avis est favorable. L'analyse des facteurs favorisant un lien entre notre avis favorable et l'avis final favorable de l'instance contentieuse devait nous permettre de mieux prédire la décision à l'issue du contentieux en fonction de la présence ou l'absence de ces facteurs dans le profil du patient.

4.2. Les limites de l'étude

Les limites de notre étude sont:

- **le faible effectif** (et donc un manque de puissance dans l'analyse statistique); la faiblesse de notre effectif ne nous a pas permis d'analyser les facteurs favorisant un avis final favorable du contentieux pour la reconnaissance de maladies professionnelles, cette analyse nécessitant un effectif d'au moins 40 personnes (alors que dans notre échantillon, il y a seulement 13 patients avec un avis favorable de la CPP-ME).
- **la non-prise en compte des avis défavorables de la CPP-ME** : l'objectif que nous avons envisagé initialement pour notre étude était de calculer l'efficacité de la CPP-ME concernant ce contentieux de la reconnaissance et de la réparation des pathologies professionnelles. L'analyse de l'efficacité revient à calculer la corrélation entre l'avis de notre service et l'avis de l'instance contentieuse (favorable ou défavorable). Cela imposait donc de contacter également les patients qui avaient eu un avis défavorable à l'issue de notre

consultation. Redoutant un trop faible taux de participation de ces patients, nous avons fait le choix de nous limiter au calcul de la valeur prédictive positive de notre avis. Ce choix nous a permis de cibler pour l'enquête téléphonique seulement les patients avec un avis favorable de la CPP-ME.

- **l'utilisation de l'enquête téléphonique** rend difficile parfois la compréhension par le patient de certaines questions; l'accueil physique du patient pour cette enquête nous aurait apporté probablement des informations plus riches et plus fidèles.
- **l'absence d'études sur l'issue des contentieux** ne permet pas de comparer nos résultats par rapport aux résultats des contentieux ayant lieu sans l'aide de notre consultation.

4.3. Les biais de l'étude

Les biais qu'on peut énumérer dans notre étude sont :

- le **biais de mémoire**: les patients ont eu parfois des difficultés à se rappeler certains détails de leur procédure contentieuse; ces difficultés sont dues soit à la complexité de cette procédure, soit au délai entre la fin du contentieux et le moment de notre enquête téléphonique (pour certains d'entre eux le contentieux étant fini depuis plus de deux ans au moment de l'enquête). Afin de contourner au maximum ce biais, nous avons ainsi effectué une seconde puis une troisième série d'appels téléphoniques.
- le **biais de sélection** : parmi les patients sélectionnés dans notre étude de reconnaissance de maladies professionnelles, certains n'avaient pas encore entamé la procédure contentieuse (4 patients sur les 13 vus pour la reconnaissance en MP et 1 patient sur les 49 vus pour la réparation des AT/MP) ; il est impossible de savoir si l'avis favorable de la CPAM a été influencé par notre avis ou pas.

4.4. Les difficultés de l'étude

Quelques difficultés ont été rencontrées tout au long de notre étude.

Pour obtenir les tableaux de données, nous avons fait appel au centre de gestion de la base de données RNV3P de Grenoble. Après la formulation de notre demande auprès de ce centre, nous avons dû attendre plus de deux mois la validation de la demande. Plusieurs discussions téléphoniques et échanges d'emails ont été nécessaires pour étayer les différents questionnements concernant les paramètres sollicités mais aussi pour s'assurer de l'exhaustivité de l'extraction de données pour la période choisie.

Ensuite, comme nous l'avons stipulé dans notre méthodologie, des difficultés ont été rencontrées pour l'obtention des numéros de téléphone des patients, indispensables pour la réalisation de l'enquête. Malgré nos efforts de recherche sur internet (pages blanches) et auprès des médecins traitants des patients, nous n'avons pas réussi à obtenir cette information pour 24 des 105 patients ciblés pour notre enquête téléphonique (soit 23% de cet effectif).

Nous avons également rencontré des difficultés pendant l'enquête téléphonique.

Comme nous l'avons précisé, certains patients n'étaient pas en mesure de répondre à l'intégralité des questions de l'enquête. Le plus souvent les patients ne se souvenaient plus de la date finale du contentieux ou de la prise en compte de l'incidence professionnelle dans le calcul du taux d'IPP. Les raisons de ces lacunes étaient liées le plus souvent au délai important entre la fin du contentieux et le moment de l'enquête, mais aussi à la complexité de la procédure contentieuse. En effet, celle-ci a pu démotiver les patients à comprendre d'avantage les détails des décisions, et les pousser ainsi à s'en remettre entièrement à l'avocat qui les accompagnait tout au long de la procédure. Dans ces cas nous avons dû recontacter les patients pour leur permettre de retrouver les différents courriers.

4.5. Résultats - Comparaison avec les données de la littérature

Nous n'avons pas pu réaliser une comparaison de nos résultats avec ceux de la littérature par manque de données bibliographiques dans le domaine du contentieux AT/MP.

4.5.1. L'année de consultation

Nous avons constaté que le nombre de patients vus en consultation CPP-ME dans le cadre de ce type de contentieux est quasiment le même pour l'année 2009 et pour les premiers 6 mois de 2010. Cela démontre qu'il existe une demande de plus en plus importante d'avis concernant cette problématique. Dans notre population, cette augmentation est liée principalement aux consultations dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP (tableau 5, page 52). Cette tendance est en contraste avec la baisse des accidents du travail au niveau national entre 2007 et 2009 (figure 7, page 41), selon les statistiques des risques professionnels de 2011 de la Sécurité sociale, d'autant plus que les patients sont vus en CPP-ME à distance du moment de l'accident du travail.

4.5.2. Le sexe

Parmi les informations nationales fournies par la CNAM dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels en 2011 (et non pas du contentieux), nous avons observé une différence de répartition de la population en ce qui concerne la reconnaissance des maladies professionnelles (les chiffres étant pratiquement similaires pour les deux sexes - 27676 MP chez les hommes et 27381 chez les femmes, alors que dans notre échantillon la prédominance masculine a été nette, soit 76%) (45).

Pour le contentieux de la reconnaissance en MP, la prédominance masculine dans notre étude pourrait être justifiée par le type de pathologies rencontrées lors de ces consultations. Effectivement, nos résultats ont montré une nette majorité:

- des pathologies pulmonaires et de la plèvre, liés à l'exposition à l'amiante ou aux poussières de charbon (20 patients sur 49, soit 40%),
- des pathologies rachidiennes, liées au port de charges lourdes (11 patients sur 49, soit 22%).

En ce qui concerne la réparation des AT/MP, la répartition par genre de notre population est comparable à celle des statistiques de la CNAM de 2011 (69% hommes pour les statistiques de la CNAM et 71% pour notre échantillon) (45).

4.5.3. L'âge

Concernant la répartition par âge de notre population globale, nous avons observé une différence par rapport aux chiffres fournis par la CNAM dans le cadre de l'évaluation des risques professionnels en 2011. Dans notre population la moyenne d'âge est de 55 ans, alors qu'au niveau national il existe une concentration autour de la tranche d'âge de 40 à 49 ans (45).

4.5.4. Le département du domicile

Compte tenu de la proximité de notre consultation de la région du Nord par rapport au Pas de Calais, on s'attendait à retrouver une prédominance des patients demeurant dans le Nord. Une des explications pourrait être une concentration plus importante des associations de victimes de lésions professionnelles et un activisme plus présent dans la région Pas de Calais.

4.5.5. Le motif de consultation

Dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP, les motifs principaux de consultation ont été le désaccord sur le diagnostic (17 sur 49, soit 35% de cet effectif) et le refus pour absence d'exposition (11 sur 49, soit 22%). Concernant le désaccord sur le diagnostic, l'avis de la CPP-ME a été favorable dans seulement 3 cas sur 17; pour la plupart des cas de refus il s'agissait de pathologies ne faisant pas l'objet d'un des tableaux de pathologies professionnelles et dont le taux d'IPP était inférieur à 25%; dans les 2 cas d'avis favorable de la CPP-ME que nous avons interrogés, l'instance contentieuse est allée dans le sens de notre avis, confirmant ainsi la cohérence de notre raisonnement.

Concernant le contentieux de la reconnaissance en MP pour absence d'exposition, l'avis CPP-ME a été favorable dans 72% des cas (soit 8 sur 11), dans une grande majorité des cas il s'agissait d'une exposition professionnelle à l'amiante. Ce résultat pourrait être expliqué une fois de plus par l'expertise de la CPP-ME, à travers les questionnaires professionnels minutieux réalisés lors de la consultation.

4.5.6. L'organe atteint

La **prédominance** des cas d'**atteinte péri-articulaire du membre supérieur**, et en particulier de l'**épaule** dans notre étude (13 cas sur 49, soit 27% pour le contentieux de la reconnaissance en MP et 53 sur 133, soit 40 % pour le contentieux de la réparation des AT/MP), est cohérente avec les statistiques nationales de 2011 de la CNAM (43359 affections péri-articulaires sur un total de 55057, ayant fait l'objet d'un premier règlement en 2011 au titre du tableau 57A).

Pour le contentieux de la reconnaissance en MP, les atteintes pulmonaires sont reliées étroitement à l'histoire particulière de notre région, concernant les mineurs et leur exposition aux poussières de charbon et silice (ce qui explique d'ailleurs le nombre important de retraités dans notre effectif).

4.5.7. La nuisance

Parmi les nuisances, la prédominance des mouvements répétitifs est en lien avec les pathologies de l'épaule que nous avons décrites auparavant.

La présence des fibres d'amiante et des poussières de charbon explique le nombre important des pathologies pleuro-pulmonaires.

Enfin, le port de charge est à l'origine de la plupart des pathologies rachidiennes faisant l'objet du contentieux de la reconnaissance en MP.

Concernant le contentieux de la réparation des AT/MP, nous avons observé une prédominance nette des traumatismes à l'origine des lésions professionnelles, liée au nombre important de victimes d'accident au travail dans notre population.

4.5.8. L'incidence professionnelle

Une part non négligeable de notre effectif est représentée par les chômeurs (38 patients sur 182, soit 21 % de notre population globale). Comme nous l'avons vu, pour 30 d'entre eux (soit 79% des 38 patients) il s'agit d'un licenciement pour raison médicale en raison des séquelles de leurs lésions professionnelles.

Il faut noter à cette occasion, que, malgré le faible apport quantitatif de l'incidence professionnelle dans le taux d'IPP, la reconnaissance des conséquences sur l'emploi des lésions professionnelles est un élément qualitatif de reconnaissance très important pour les patients.

Or, parmi les 13 patients chômeurs du contentieux AT/MP licenciés à cause des séquelles de leurs lésions professionnelles, interrogés lors de notre enquête, l'incidence professionnelle n'a pas été prise en compte pour 4 d'entre eux (soit plus d'un quart de cet effectif), ce qui témoigne de certaines disparités dans le traitement des dossiers par les instances contentieuses.

4.5.9. L'avis de la consultation CPP-ME

La CPP-ME est une consultation dispensée par des médecins très expérimentés de notre service. Chacun d'entre eux est en effet spécialisé dans un ou plusieurs domaines médicaux (pneumologie, neurologie, ophtalmologie, toxicologie, dermatologie, ORL...). Ce niveau d'expertise reconnu contribue souvent pour les patients à valoriser et à apporter du crédit à une démarche qu'ils ont, parfois, entamée après beaucoup d'hésitations et de difficultés.

Ainsi, 75% des avis de la CPP-ME ont été confirmés par les instances contentieuses. Ce chiffre élevé nous confirme la qualité et la cohérence de cette expertise de la CPP-ME auprès des juridictions contentieuses. Pour autant, le fait que 25% de nos avis n'aient pas été suivis, rappelle ici que la CPP-ME reste une consultation d'expertise complémentaire pour les instances du contentieux. Ces dernières sont en effet totalement indépendantes et autonomes dans leurs décisions.

4.5.10. La durée du contentieux

Nous avons constaté que la médiane pour la durée du contentieux de la reconnaissance en MP (16 mois) est comparable à celle du contentieux de la réparation des AT/MP (17mois). L'absence de données statistiques dans ce domaine ne nous permet pas d'avoir des éléments de comparaison avec la littérature.

Les durées de procédure de reconnaissance en MP les moins importantes ont été de trois et quatre mois, mais, comme nous l'avons précisé plus haut, il s'agit en fait à chaque fois d'une reconnaissance initiale, qui n'est pas passée par la voie contentieuse (il ne s'agit donc pas d'un contentieux dans ces cas).

Dans notre enquête, il y a eu deux cas dont la durée du contentieux de reconnaissance en MP a été particulièrement longue. Il faut noter que dans les deux cas, il s'agit en fait de deux déclarations différentes à chaque fois, la deuxième procédure étant démarrée justement après l'avis de notre service, à chaque fois notre avis favorable étant confirmé à l'issue de la procédure contentieuse nouvelle. Les deux cas sont présentés sous forme de monographie dans les annexes 1 et 2.

4.5.11. Les Juridictions

Nous avons observé que dans la grande majorité des cas la juridiction ayant suivi la CPP-ME est celle qui a rendu l'avis final dans la procédure contentieuse. Cet aspect pourrait confirmer d'avantage la pertinence de l'avis de la CPP-ME auprès des instances contentieuses.

4.5.12. L'objectif principal

Le calcul de la VPP nous permet d'affirmer, tout en gardant à l'esprit la faiblesse de l'effectif étudié pour le contentieux de la reconnaissance en MP, qu'il existe une probabilité importante que la décision finale de la Sécurité sociale ou de l'instance contentieuse soit favorable si notre avis a été favorable.

Ainsi, la confirmation de notre avis favorable à l'issue du contentieux renforce d'autant plus la valeur ajoutée de la CPP-ME.

4.5.13. Ressenti et impressions des patients au terme du questionnaire

La large majorité des patients satisfaits confirme le service rendu par la CPP-ME auprès des patients.

Pour les patients n'ayant pas eu une confirmation des instances contentieuses de l'avis favorable de la CPP-ME on retrouve derrière l'insatisfaction de certains d'entre eux, la notion d'autonomie et d'indépendance des instances contentieuses.

Par ailleurs, la moitié des patients n'ayant pas eu confirmation de l'avis favorable de la CPP-ME se sont tout de même déclarés satisfaits de cette consultation. En effet, celle-ci leur a permis au moins de confirmer la légitimité à initier cette procédure, d'en comprendre les démarches et le fonctionnement. Elle a également permis à certaines personnes une reconnaissance de leur souffrance et le sentiment d'avoir été entendus dans leurs difficultés.

4.6. Les perspectives

Pour les perspectives de notre étude, il serait très intéressant de refaire cette enquête sur un échantillon beaucoup plus large, permettant de mettre en évidence davantage de liens entre les différentes caractéristiques de notre population et l'avis final du contentieux AT/MP. Un effectif plus conséquent pourrait aussi mettre en évidence des facteurs favorisant un avis favorable de notre consultation.

Concernant l'objectif principal, une étude pourrait être enfin envisagée sur l'ensemble des patients, en prenant en compte aussi ceux à qui nous avons donné un avis défavorable. Ainsi, nous pourrions calculer une vraie corrélation entre l'avis de notre service et l'avis final de l'instance contentieuse, autrement dit l'efficacité de notre consultation dans le domaine du contentieux de la reconnaissance et de la réparation des pathologies professionnelles.

5. CONCLUSION

L'étude des 182 dossiers de la CPP-ME nous a permis de constater qu'il s'agit d'une population constituée essentiellement d'**hommes** (73%), de **55 ans** d'âge moyen.

Les **motifs de consultation** concernaient principalement un désaccord sur le diagnostic et l'absence de preuve d'exposition pour la reconnaissance en MP. S'agissant de la réparation des AT/MP, la contestation portait le plus souvent sur le taux d'IPP initial et lors de l'aggravation de lésions professionnelles.

Pour la **durée du contentieux**, la médiane a été de 16 mois pour la reconnaissance en MP et de 17 mois pour la réparation des AT/MP.

S'agissant de l'incidence professionnelle, nous avons retrouvé que dans un quart des cas concernés dans notre échantillon elle n'avait pas été prise en compte.

L'analyse des facteurs favorisant un avis final favorable des instances contentieuses alors que l'avis de la CPP-ME a été favorable ne nous a pas permis de retrouver d'élément statistiquement significatif.

La bonne valeur prédictive positive calculée dans les deux types de contentieux conforte les médecins de la CPP-ME dans leur pratique et démontre l'importance que peut avoir cette consultation dans l'accompagnement du patient pendant la procédure contentieuse. Nous regrettons cependant de n'avoir pu comparer ces chiffres avec ceux d'autres études sur les taux d'avis favorables à l'issue du contentieux, avec ou sans l'intervention d'une expertise comme celle de la CPP-ME.

Par ailleurs, les multiples témoignages obtenus lors des entretiens téléphoniques nous confirment les constats obtenus statistiquement. La plupart des patients ont insisté sur l'importance que notre courrier et la consultation dans son ensemble ont pu avoir pendant la procédure contentieuse. Ce qui est encore plus intéressant est le fait que même parmi les gens qui ont eu une décision défavorable à la fin du contentieux, alors que notre avis avait été favorable, un certain nombre nous ont affirmé l'utilité de cette consultation, dans le sens où la consultation leur a permis de comprendre le fonctionnement de ce contentieux long et éprouvant pour chacun

d'entre eux, mais aussi d'être confortés dans leur souffrance qui a été reconnue en quelque sorte à travers notre avis favorable. L'expression d'un de ses patients a été très évocatrice d'ailleurs:

« La consultation dans votre service a été le seul moment de toute la procédure où j'ai été traité comme un être humain et non comme un dossier médical ou encore comme un numéro de Sécurité sociale! ».

Le taux élevé de satisfaction de notre population interrogée, contribue à confirmer l'intérêt de la CPP-ME et la qualité du service rendu aux patients dans les démarches contentieuses.

D'autre part, le taux très élevé de confirmation de l'avis favorable de la CPP-ME démontre la pertinence et la cohérence de cette expertise de la CPP-ME auprès des juridictions contentieuses. Néanmoins, il est à noter qu'elle reste une consultation d'expertise et de conseil complémentaire pour les instances du contentieux, ces dernières restant en effet totalement indépendantes et autonomes dans leurs décisions.

Enfin, il serait très intéressant de pouvoir réaliser d'autres enquêtes sur une population plus large et prenant en compte les avis défavorables de la CPP-ME.

6. BIBLIOGRAPHIE

1. Thebaud-Mony A. La reconnaissance des maladies professionnelles en France. Acteurs et logiques sociales. Paris: La Documentation française; 1991.
2. Dômont A. De la médecine du travail à la santé au travail. Octares; 1999.
3. Safon M-O. (page consultée le 13/01/2013). La prise en charge des AT-MP et l'organisation de la médecine du travail en France, [en ligne]. <http://www.irdes.fr/>
4. Moriceau C. Les perceptions des risques au travail dans la seconde moitié du XIXe siècle : entre connaissance, déni et prévention. Revue d'histoire moderne et contemporaine. 2009 Janv;56(1):11-27
5. Rosenthal PA et Omnès C. L'histoire des maladies professionnelles, au fondement des politiques de santé au travail. Revue d'histoire moderne et contemporaine. 2009 Janv;56(1):5-11
6. Omnès C. De la perception du risque professionnel aux pratiques de prévention : la construction d'un risque acceptable. Revue d'histoire moderne et contemporaine. 2009 Janv;56(1):61-82.
7. Elias J. (page consultée le 13/01/2013). Accidents du travail et maladies professionnelles, [en ligne]. <http://www.ast74.fr/>
8. Cassou B, Huez D, Mousel ML, Spitzer C, Touranchet A. Les Risques du Travail - Pour ne pas perdre sa vie à la gagner. Paris: La Découverte; 1985.
9. Ewald F. L'Etat providence. Paris: Grasset; 1986.
10. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.452-5, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
11. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.454-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
12. Zakia T, Choudat D, Gouffier C. Accidents du travail : aspects législatifs et réglementaires en France. EMC - Pathologie professionnelle et de l'environnement 2007:1-7 [Article 16-720-A-10]
13. Université Virtuelle de Médecine du Travail. (page consultée le 15/11/2012). Réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, [en ligne]. <http://www.uvmt.org/>
14. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.441-2, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>

15. Castelletta A, Bühl M. Accidents du travail, maladies professionnelles. Procédure, indemnisation, contentieux. Paris: Dalloz; 2004.
16. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.471-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
17. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article R.441-10, [en ligne]. [http://www.legifrance.gouv.fr /](http://www.legifrance.gouv.fr/)
18. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.411-2, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
19. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.141-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
20. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.443-2, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
21. Carlot J-F. L'indemnisation des patients victimes d'un accident du travail. Droit, Déontologie & Soins. 2007 Déc;7(4):477-496.
22. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.431-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
23. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.432-9, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
24. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.434-2, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
25. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article R.443-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
26. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. (page consultée le 02/01/2013). Aides et indemnisations des accidents du travail et des maladies professionnelles, [en ligne]. <http://www.ameli.fr/>
27. Code de la sécurité sociale. (page consultée le 12/06/2012). Article L.461-1, [en ligne]. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
28. 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].
29. Quinton-Fantoni S. Le véritable rôle du comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles. Revue de Droit Sanitaire et Social. 2008 Juin;(3):555-565.

30. Graser M, Manaouil C, Jardé O. Procédures de reconnaissance des maladies professionnelles. EMC - La Presse Médicale. 2003 mai;32(18):821-825.
31. Zakia T, Gouffier C. Contentieux en accidents du travail et maladies professionnelles. EMC - Pathologie professionnelle et de l'environnement 2008:1-2 [Article 16-740-A-10].
32. Choudat D, Gouffier 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]
33. Ouaisi H. (page consultée le 10/11/2012). Contentieux général de la Sécurité sociale et de la mutualité agricole, [en ligne]. <http://www.cassiuspartners.com/>
34. Direction Régionale de la Jeunesse, des Sports et de la Cohésion Sociale. (consulté le 15/12/2012). Voies de recours en matière de contentieux sur les accidents du travail, [en ligne]. <http://www.basse-normandie.drjscs.gouv.fr/>
35. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. (page consultée le 02/01/2013). Faits marquants et chiffres clés, [en ligne]. <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/>
36. 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.
37. Editions Tissot. Gérer efficacement les accidents du travail, de trajet et les maladies professionnelles. Dossier Pratique Santé Sécurité au Travail, [en ligne]. Août 2007, N°1. [consulté le 06/01/2013]. Disponibilité sur Internet: <http://www.editions-tissot.fr/>
38. Manaouil C, Graser M, Ledoux B, Jardé O. Le contentieux technique de la Sécurité sociale : étude de 119 dossiers de la Cour nationale de l'incapacité et de la tarification. EMC - Archives des Maladies Professionnelles et de l'Environnement. 2003 Fév;64(1):18-26.
40. Association d'aide aux victimes de France. (consulté le 10/01/2013), [en ligne]. <http://www.association-aide-victimes.fr/>
41. Association d'aide aux victimes d'erreurs médicales, d'Hépatite C post-transfusionnelle, de complications suite à une vaccination, de complications médicaments, d'accidents de la vie. (consulté le 10/01/2013), [en ligne]. <http://www.aavac.asso.fr/>
42. Association d'aide à la défense aux victimes accidentées et Handicapées du Nord A.A.D.V.A.H. (consulté le 10/01/2013), [en ligne]. <http://www.aadvah.fr/>

43. Ecoute et informations aux victimes d'accidents. Aide aux victimes d'accidents de la route et de la vie. (consulté le 10/01/2013), [en ligne]. <http://www.victimes-accidents.com/>
44. Soutien et aide aux victimes d'accidents. (consulté le 10/01/2013), [en ligne]. <http://www.victime-indemnisation-sava.fr/>.
45. Caisse Primaire d'Assurance Maladie. (consulté le 02/01/2013). Risque MP 2011: statistiques de sinistralité tous CTN et par CTN (n-2012-181), [en ligne]. <http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr/>

INDEX DES FIGURES ET TABLEAUX

	Page
Figure 1 : La procédure de reconnaissance d'une maladie professionnelle	27
Figure 2 : Récapitulatif des différents moyens de reconnaissance en maladie professionnelle indemnisables	30
Figure 3 : Le contentieux des accidents de travail et des maladies professionnelles en fonction du type de litige	35
Figure 4 : Voies de recours en matière de reconnaissance des maladies professionnelles	36
Figure 5 : Evolution de la répartition des montants entre les trois grandes natures de risque	40
Figure 6 : Impact annuel du contentieux AT-MP (en millions d'euros)	40
Figure 7 : Evolution du nombre d'accidents du travail en 1-er règlement et de leur fréquence pour mille patients sur la période 2001-2011	41
Figure 8 : Evolution du nombre de maladies professionnelles sur la période 2001-2011	42
Figure 9 : Répartition des patients par âge en fonction du type de contentieux	54
Figure 10 : La répartition des patients interrogés dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP, chômeurs au moment de la CPP-ME, en fonction de la prise en compte de l'incidence professionnelle dans le calcul du taux d'IPP	63
Figure 11 : La durée de la procédure dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP	64
Figure 12 : La durée du contentieux pour les consultations de la réparation des AT/MP	65
Figure 13 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP en amont de toute décision de la Sécurité sociale	71
Figure 14 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant le désaccord sur le diagnostic	72
Figure 15 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP pour condition médico-administrative non-remplie	72

Figure 16 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant l'absence d'exposition	73
Figure 17 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant le dépassement du délai de prise en charge	73
Figure 18 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant le non-respect de la liste limitative des travaux du tableau de maladies professionnelles	74
Figure 19 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP concernant le taux initial d'IPP	75
Figure 20 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de réparation des AT/MP concernant le taux d'IPP lors de l'aggravation des lésions	75
Figure 21 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP concernant la consolidation des AT/MP ...	76
Figure 22 : L'analyse du devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de réparation des AT/MP concernant la rechute des AT/MP	76
Figure 23 : Le devenir du dossier des patients dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP concernant l'atteinte du membre supérieur	77
Figure 24 : L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte pulmonaire dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP	78
Figure 25 : L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte rachidienne dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP	79
Figure 26 : L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte pleurale dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP	80
Figure 27 : L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte du membre supérieur dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP	82
Figure 28 : L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte pulmonaire dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP	83
Figure 29 : L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte rachidienne dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP	84
Figure 30 : L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte pleurale dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP	85
Figure 31 : L'analyse du devenir du dossier des patients avec atteinte du membre inférieur dans le cadre du contentieux de réparation des AT/MP	86

Tableau 1 : Récapitulatif des prestations octroyées au salarié victime d'une maladie professionnelle en comparaison à celles de la maladie ordinaire	32
Tableau 2 : Volumétrie du processus de reconnaissance des accidents du travail et des pathologie professionnelle en 2011 (sont comptées seulement les décisions et les déclarations survenus au cours de l'année)	39
Tableau 3 : Evolution des prestations servies pour les années 2007-2011	41
Tableau 4 : Répartition des patients vus en consultation et pour lesquels notre avis a été favorable	51
Tableau 5 : La répartition des patients en fonction de l'année d'inclusion	52
Tableau 6 : Répartition par sexe des patients vus en consultation	53
Tableau 7 : Répartition par âge des patients vus en consultation	53
Tableau 8 : Répartition de la population par département du domicile	55
Tableau 9 : Répartition des patients en fonction du statut socio-professionnel	55
Tableau 10 : Motifs de consultation à la demande des associations des victimes ..	56
Tableau 11 : Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP selon le motif de consultation	57
Tableau 12 : Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la réparation des AT/MP selon le motif de consultation	57
Tableau 13 : Répartition des consultations de la CPP-ME en fonction de l'organe atteint	58
Tableau 14 : Répartition des consultations dans le cadre du contentieux de la reconnaissance en MP en fonction de la nuisance principale	59
Tableau 15 : Répartition des consultations pour la réparation des AT/MP en fonction de la nuisance principale	60
Tableau 16 : Bilan des avis de la CPP-ME	61
Tableau 17 : La répartition des consultations en fonction de l'avis final du contentieux	62
Tableau 18 : La répartition des consultations de la réparation des AT/MP selon la prise en compte de l'incidence professionnelle dans le calcul du taux final d'IP	63
Tableau 19 : La durée du contentieux pour la population global	64
Tableau 20 : La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction au moment de la consultation	66
Tableau 21 : La répartition des consultations de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction au moment de la consultation	66

Tableau 22 : La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction ayant suivi la CPP-ME	67
Tableau 23 : La répartition des consultations de réparation des AT/MP en fonction de la juridiction ayant suivi la CPP-ME	67
Tableau 24 : La répartition des consultations de la reconnaissance en MP en fonction de la juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux	68
Tableau 25 : La répartition des consultations de la réparation des AT/MP en fonction de la juridiction ayant donné le dernier avis du contentieux	68
Tableau 26 : Le taux de patients ayant trouvés utile la consultation de la CPP-ME.	69
Tableau 27 : Calcul de la VPP selon le type de contentieux	87
Tableau 28 : L'analyse des facteurs favorisant un avis favorable du contentieux de la réparation des AT/MP lorsque l'avis de la CPP-ME a été favorable	88
Tableau 29 : L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ année consultation ».	89
Tableau 30 : L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ sexe »	89
Tableau 31 : L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ âge »	90
Tableau 32 : L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ département »	90
Tableau 33 : L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ statut socio-professionnel »	91
Tableau 34 : L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ motif consultation » ..	92
Tableau 35 : L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ organe atteint »	93
Tableau 36 : L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ nuisance »	94
Tableau 37 : L'analyse bivariée « avis final du contentieux ~ juridiction au moment de la CPP-ME »	95

ANNEXE 1

Monographie 1

Le patient est un homme de 58 ans. Nous l'avons vu en consultation en mars 2009.

Il s'agit d'un ouvrier polyvalent (soudeur, monteur soudeur, magasinier) qui a travaillé pendant 38 ans dans un entreprise à Douai (construction et livraison de tous types de wagons de marchandises et de conteneurs-citernes). Lors de la consultation il est chômeur, suite au licenciement pour raison médicale.

Il a fait une déclaration de reconnaissance en maladie professionnelle au titre du Tableau 57A le 21 septembre 2006. En date du 24 janvier 2007, la caisse primaire d'assurance maladie de Douai a signifié son refus pour un désaccord sur le diagnostic. Une expertise médicale a été effectuée par le Docteur B. 19 avril 2007. Cette expertise a conclu « à des lésions présentes au niveau de l'épaule davantage en rapport avec des lésions arthrosiques dégénératives », et donc a rejeté la reconnaissance au titre du Tableau 57A. La CRA saisie a entériné la décision en date du 26 septembre 2007 et le TASS a rejeté la reconnaissance au titre du Tableau 57A et n'a pas diligenté de seconde expertise médicale, estimant que les conclusions de l'expertise effectuée par le Docteur B. sont suffisamment claires et motivées.

Lors de la consultation, après lecture du dossier du patient, Docteur F. constate l'existence de deux problèmes dans ce dossier:

➤ le premier est lié au fait que le patient présente bien une tendinopathie de la coiffe des rotateurs comme le stipule le Tableau 57A du régime général et non une périarthrite scapulo-humérale (ancienne dénomination de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs). Cette tendinopathie de la coiffe des rotateurs est incontestable car elle a été démontrée à de multiples reprises à la fois par les compte-rendus opératoires, par les différents examens complémentaires et notamment un arthroscanner du 8 janvier 2007. La tendinopathie est effectivement associée à une tout aussi incontestable arthrose de l'épaule mais qui ne doit empêcher en rien en l'état actuel du droit, la reconnaissance de la pathologie tendineuse co-existante (Docteur F. se posant la question si cette tendinopathie même n'aurait pas pu être génératrice de cette arthrose). Dans l'ensemble des décisions rendues jusqu'au

moment de notre consultation (notamment celles du TASS de janvier 2009), il est fait abstraction de la tendinopathie de la coiffe des rotateurs sous prétexte qu'il existe une arthrose sous-jacente (alors qu'on sait que l'arthrose peut constituer le stade ultime évolutif d'une tendinopathie de la coiffe des rotateurs).

➤ Le deuxième problème inhérent à la décision même du TASS est l'utilisation trompeuse d'un élément de conclusion de l'expert médical, le Docteur B., puisque le jugement précise que la conclusion est non pas celle du Docteur B., mais celle d'un autre docteur, Docteur A. (il s'agit de l'idée selon laquelle les lésions dont le salarié souffre, sont davantage en rapport avec des lésions arthrosiques et dégénératives que dues à la tendinopathie de la coiffe des rotateurs. Or, le compte rendu du Docteur A. du 22 février 2007 ne mentionne pas du tout cet état de fait, puisqu'il dit que: « la difficulté réside dans le fait que le patient présente non seulement des lésions d'arthrose ... mais également des lésions de la coiffe des rotateurs » et qu'il aurait « plutôt tendance à s'occuper en premier lieu des lésions de la coiffe (donc incontestables) sans être certain de pouvoir arriver à une épaule indolore ».

Docteur F. a pris d'ailleurs contact avec le médecin de la Sécurité sociale de la CPAM de Douai, qui a pu mettre à plat le dossier.

Une nouvelle déclaration de maladie professionnelle a été faite par la suite.

Une décision finale favorable a été rendue en mars 2012.

ANNEXE 2

Monographie 2

Le patient est un homme de 74 ans. La consultation dans notre service a lieu en décembre 2009.

Le patient est retraité au moment de la consultation. Il a travaillé pendant 40 ans dans une entreprise spécialisée dans la fabrication du verre plat, d'abord comme coupeur de verre pendant 25 ans et ensuite comme cariste au service des expéditions.

Une demande de reconnaissance en maladie professionnelle au titre du Tableau 30B pour plaques pleurales a été établie en avril 2008 et refusée par la Sécurité sociale en novembre 2008 pour absence d'exposition aux fibres d'amiante. Une contestation a été déposée et le patient a fait parvenir deux témoignages d'anciens collègues ayant travaillé dans la même entreprise que lui. Les nouveaux éléments n'ont malheureusement pas été jugés probants et le refus a été confirmé.

Lors de notre consultation, plusieurs éléments en faveur de cette exposition ont été retenus:

- d'une part, le patient nous a soumis le témoignage d'un autre collègue qui a fait le même métier dans la même entreprise et qui a été reconnu en maladie professionnelle au titre du Tableau MP 30B ;
- d'autre part, lors de la reconstitution du parcours professionnel et du travail réel du patient, nous avons découvert des tâches l'exposant clairement aux fibres d'amiante (réfection de fours).

En plus, suite à nos conseils, le patient a pu récupérer son dossier médical de médecine du travail ainsi que le diagnostic amiante au sein de l'établissement.

Après avoir récupéré tous ces éléments, le délai de contestation étant largement dépassé, le patient a du démarrer une nouvelle procédure de reconnaissance en maladie professionnelle.

La procédure s'est soldé avec un avis favorable en juillet 2012.

AUTEUR : Nom : **TONE** Prénom : **Florian**

Date de Soutenance : 15 avril 2013

Titre du Mémoire :

L'action du service de pathologies professionnelles du CHRU de Lille dans les avis concernant le contentieux des lésions professionnelles

Thèse, Médecine, Lille

Cadre de classement : DES Médecine du Travail

Mots-clés : accident du travail, maladies professionnelles, contentieux

RESUME :

Introduction

Les procédures de reconnaissance et de réparation des accidents du travail (AT) et des maladies professionnelles (MP) du système français de sécurité sociale sont complexes et parfois éprouvantes pour la victime. La Consultation de Pathologies Professionnelles – Maintien dans l'emploi du CHRU de Lille (CPP-ME) peut aider les patients adressés par les associations d'aide aux victimes de lésions professionnelles au cours de ces différentes procédures, y compris en phase contentieuse.

Objectif

L'objectif principal de l'étude a été d'évaluer l'action de la CPP-ME par l'analyse des décisions prises à l'issue de ce type de contentieux, à la suite d'un avis favorable de notre consultation. Les objectifs secondaires ont été l'analyse descriptive de la population adressée à la CPP-ME par les associations d'aide aux victimes de lésions professionnelles et l'identification de facteurs favorisant un avis favorable des instances contentieuses alors que l'avis de notre service est favorable.

Matériel et méthode

Nous avons réalisé une étude qualitative et quantitative, rétrospective, sur les dossiers des patients adressés en CPP-ME du 1-er janvier 2009 au 30 juin 2010, par les associations de victimes, pour avis dans le cadre d'un contentieux de la reconnaissance en MP ou réparation des AT-MP. L'extraction des informations a été effectuée à partir de la base de données RNV3P. Les paramètres retenus ont été : le sexe, l'âge, le département de domicile, le statut socio-professionnel, l'organe atteint, la nuisance, le motif de consultation. L'analyse descriptive de la population a été réalisée sur l'ensemble de l'échantillon. Pour l'évaluation de l'objectif principal, nous avons interrogé, lors d'un entretien téléphonique, les patients ayant eu un avis favorable de la CPP-ME. Deux questionnaires relatifs aux caractéristiques et résultats de la procédure contentieuse ont été conçus, un pour le contentieux de la reconnaissance en MP, l'autre pour la réparation des lésions professionnelles. Nous avons alors calculé la valeur prédictive positive (VPP) pour chacune de ces 2 types de procédures. Pour l'identification des facteurs favorisant un avis favorable des instances contentieuses alors que l'avis de notre service est favorable, une analyse bivariée a été effectuée. Seuls les paramètres dont le lien a été statistiquement significatif ont été retenus ($p < 0.05$).

Résultats

Sur l'ensemble des 182 dossiers, nous avons identifié une nette prédominance masculine (76%). L'âge moyen a été de 55 ans (min : 23 ; max : 88). Le nombre de chômeurs a été très important (autour de 20% dans chaque groupe). Parmi les 182 patients, 105 ont eu un avis favorable de la CPP-ME. Nous avons contacté 81 patients et le questionnaire a été exploitable pour 64 d'entre eux. La médiane de la durée du contentieux a été de 16 mois pour la reconnaissance en MP et de 17 mois pour la réparation des AT/MP. Au sein de notre population, l'avis final du contentieux a été favorable pour 48 patients (75% des cas). Pour la reconnaissance en MP, l'avis final a été rendu principalement par le TASS (38%) et le CRRMP (38%). Pour la réparation des AT/MP, l'avis final du contentieux a été rendu principalement par le TCI (82%). L'incidence professionnelle a été prise en compte dans le calcul de l'IPP dans 30% des cas de contentieux de réparation AT/MP. La VPP a été de 0,75 pour la population globale (0,84 pour la reconnaissance en MP et de 0,72 (IC95%=0,6-0,84) pour la réparation des AT/MP). Pour l'ensemble des paramètres favorisant un avis favorable des instances contentieuses alors que l'avis de notre service est favorable, la non-significativité statistique du test ($p < 0.05$) ne nous permet pas de conclure à un lien entre ces paramètres et l'avis final des instances contentieuses.

Conclusion

La bonne valeur prédictive positive dans les deux types de contentieux démontre la pertinence et la cohérence de cette expertise de la CPP-ME auprès des juridictions contentieuses. Le taux élevé de satisfaction de notre population interrogée contribue à confirmer l'intérêt de la CPP-ME et la qualité du service rendu aux patients dans les démarches contentieuses. Les multiples témoignages obtenus lors des entretiens téléphoniques confirment les constats obtenus statistiquement. Au-delà de l'importance que notre avis ait pu avoir pour la décision finale de chaque contentieux, cette consultation a permis aux patients de comprendre le fonctionnement de ce contentieux long et éprouvant, et en même temps ils ont pu être confortés dans leur souffrance.

Composition du Jury :

Pr Paul FRIMAT (président du jury)

Pr Annie SOBASZEK

Pr Sophie FANTONI-QUINTON (directrice de thèse)

Dr Nadège LEPAGE (co-directrice de thèse)