

Guide pour les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles

institués par la loi n° 93 - 121 du 27 janvier 1993

La loi du 27 janvier 1993 crée deux nouvelles possibilités de reconnaissance en maladie professionnelle qui font appel au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Un premier guide avait été élaboré en 1994 et publié dans la revue Documents pour le Médecin du Travail [1]. La Direction générale du travail, la Direction de la Sécurité sociale et la CNAMTS ont confié à un groupe d'experts, composé de médecins conseils de la Sécurité sociale, de praticiens hospitaliers particulièrement compétents en matière de pathologie professionnelle et de médecins inspecteurs régionaux du travail, le soin d'actualiser ce guide au vu de l'expérience acquise depuis la mise en place des CRRMP. Celui-ci a été soumis à l'avis de la Commission spécialisée relative aux maladies professionnelles du Conseil d'orientation sur les conditions de travail (COCT).

Ce guide, qui est une aide à la décision, reprend dans sa première partie la procédure de fonctionnement de ces CRRMP. Dans sa seconde partie, il apporte quelques éclairages sur les maladies les plus souvent examinées (TMS ou troubles musculosquelettiques, affections liées au bruit, asthmes, cancers, BPCO ou bronchopneumopathies chroniques obstructives, atteintes psychiques liées aux risques psychosociaux).

Depuis la loi du 25 octobre 1919, calquée sur celle du 9 avril 1898 relative aux accidents du travail, les maladies professionnelles peuvent être indemnisées en France en vertu du principe de présomption d'origine. Les salariés bénéficient à ce titre d'une réparation forfaitaire des maladies professionnelles analogue à celle des accidents du travail, sans avoir à apporter la preuve du lien de causalité entre la maladie et l'activité professionnelle. Les maladies professionnelles qui bénéficient du principe de présomption d'origine sont détaillées dans des tableaux de maladies professionnelles qui déterminent l'accès à la réparation.

La loi du 30 octobre 1946 a intégré les textes relatifs aux accidents du travail et aux maladies professionnelles (AI/MP) dans la législation de la Sécurité sociale, les organismes de Sécurité sociale se substituant ainsi aux employeurs et à leurs assureurs privés pour l'indemnisation des victimes, moyennant le versement de cotisations par les employeurs.

Néanmoins, limiter la reconnaissance du caractère professionnel aux seules affections qui remplissent strictement les conditions des tableaux conduisait à exclure nombre de maladies qui peuvent en réalité être attribuées à l'activité professionnelle.

Afin de pallier les insuffisances du système des tableaux, et sur la base d'une recommandation communautaire de 1962, la loi du 27 janvier 1993 a institué un

système complémentaire permettant la reconnaissance de pathologies exclues de la présomption d'origine.

Ce système complémentaire repose sur l'appréciation, au cas par cas, de la relation d'imputabilité entre la pathologie présentée et le travail habituel de la victime par les trois médecins membres des comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP). Cette appréciation se traduit par un avis motivé du comité.

L'analyse des avis donnés par les CRRMP a pour objectif de contribuer à l'évolution des tableaux (délais de prise en charge, travaux de la liste, pathologies non inscrites).

Un premier guide avait été réalisé en 1994. La rédaction d'une version actualisée, fruit de l'expérience acquise, a pour objectif de répondre aux nombreuses questions posées par les CRRMP concernant les dossiers examinés dans le cadre du système complémentaire. Il a également pour vocation de contribuer à l'harmonisation des pratiques des CRRMP au plan national.

Le présent guide est un document d'aide à la décision. Il est composé de deux parties :

- la partie procédurale est destinée à éclairer certains points de la réglementation susceptibles d'entraîner des interprétations divergentes ;

- la partie médicale propose des éléments d'analyse des maladies les plus fréquemment examinées dans le cadre du système complémentaire sans entamer la marge de manœuvre et l'appréciation souveraine des membres des CRRMP.

GRUPE D'EXPERTS PRÉSIDENTÉ
PAR LE PR A. BERGERET*
ET VALIDÉ PAR
LE DIRECTEUR GÉNÉRAL
DU TRAVAIL
ET LE DIRECTEUR
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE.

* Université
Claude Bernard,
Lyon

inrs

Documents
pour le Médecin
du Travail
N° 121
1^{er} trimestre 2010

Partie procédurale

MISSION DES COMITÉS

La mission de chaque CRRMP consiste à élaborer un avis motivé permettant à l'organisme de Sécurité sociale de statuer sur l'origine professionnelle de la maladie présentée par la victime lorsque celle-ci relève du système complémentaire instauré par les alinéas 3 et 4 de l'article L. 461-1 du Code de la Sécurité sociale ⁽¹⁾ et ne peut bénéficier de la présomption d'origine.

Cet avis s'élabore sur la base d'un dossier constitué par l'organisme de Sécurité sociale qui reçoit les déclarations. Le CRRMP doit mettre en évidence l'existence d'un lien soit direct, soit direct et essentiel, entre le travail habituel de la victime et l'affection qu'elle présente. Sa mission ne consiste pas à identifier la pathologie mais à la mettre en lien avec un risque professionnel.

Son rôle est déterminant car, aux termes de l'article L. 461-1, son avis s'impose à l'organisme de Sécurité sociale.

L'article L. 461-1 alinéa 3 prévoit que si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie, telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles, peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. Ce système complémentaire « alinéa 3 » permet ainsi de reconnaître des maladies professionnelles correspondant aux cas particuliers ne répondant pas strictement aux critères des tableaux, mais pour lesquels le lien direct entre la maladie et l'activité professionnelle a été établi.

L'article L. 461-1 alinéa 4 prévoit que peut être reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'il est établi qu'elle est directement et essentiellement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'au moins 25 %. Ce système complémentaire « hors tableau » permet ainsi d'indemniser des personnes atteintes de maladies n'étant pas inscrites dans un tableau.

CHAMPS DE COMPÉTENCE

Compétence matérielle du comité

Le présent document concerne :

a) les demandeurs relevant du régime général, du régime agricole, du régime des mines et d'autres régimes

spéciaux ⁽²⁾. *A contrario*, le CRRMP n'est pas compétent lorsque le demandeur est fonctionnaire ou dépend du régime des indépendants ;

b) les demandeurs relevant d'une collectivité, d'une administration, d'un établissement ou d'une entreprise, assurant directement la charge de la réparation en vertu d'une autorisation antérieure au 13 mai 1960 (prise en vertu de l'article L. 413-13) ;

c) les demandeurs relevant de certaines administrations, services, offices et établissements publics de l'État autres que les établissements publics industriels et commerciaux qui versent directement à leur personnel les prestations relatives au risque professionnel (en vertu de l'article L. 413-14), ou les demandeurs relevant de la SNCF ou d'une entreprise soumise au statut des industries électriques et gazières ;

d) les demandeurs travailleurs salariés ou assimilés de nationalité française qui exercent leur activité dans un pays étranger et qui ont souscrit l'assurance volontaire contre le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle.

Les trois dernières catégories de demandeurs relèvent des articles D. 461-33 à D. 461-37 issus du décret n° 96-458 du 24 mai 1996 relatif à la reconnaissance des maladies professionnelles des personnels dont l'employeur est autorisé à gérer le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle et de certains travailleurs salariés expatriés devant les CRRMP et modifiant le Code de la Sécurité sociale.

Pour ces raisons, l'expression « organisme de Sécurité sociale » est employée dès lors que les éléments développés dans ce guide concernent aussi bien les caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) que les caisses générales de Sécurité sociale (CGSS) et les caisses des autres régimes.

Compétence territoriale des comités

L'article D. 461-26 indique que chaque comité régional a pour ressort territorial l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), mais précise également que, en tant que de besoin, le comité peut se réunir au chef-lieu de chacun des départements compris dans son ressort.

Pour le régime général, l'article D. 461-28 précise que le comité régional compétent est celui du lieu où demeure la victime. Si cette dernière ne demeure pas en France, le comité régional compétent est celui dans le ressort duquel l'organisme de Sécurité sociale, dont relève ou relevait la victime, a son siège.

Pour le régime agricole, le comité régional compétent est celui dans le ressort duquel se trouve la caisse de mutualité sociale agricole dont relève la victime.

De même, pour le régime minier, le comité régional

(1) Par convention, sauf précision particulière, tous les articles cités relèvent du Code de la Sécurité sociale.

(2) Régime agricole : articles D. 751-34 à D. 751-37 du Code rural pour les salariés agricoles, et articles D. 752-8 à D. 752-14 du Code rural pour les non salariés agricoles. Une convention du 14 mars 2002 conclue entre la CCMSA et l'association des assureurs AAEXA (AAA) régit les modalités de prise en charge des maladies professionnelles des exploitants agricoles. Régime des mines : articles 205-3 et suivants du décret n° 46-2769 du 27 novembre 1946 modifié portant organisation de la Sécurité sociale dans les mines.

compétent est celui du siège de la caisse régionale de la Sécurité sociale dans les mines concernées.

Pour les personnels dont l'employeur est autorisé à gérer le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle et pour certains travailleurs salariés expatriés, le CRRMP compétent est celui dans le ressort duquel se trouve l'organisme de Sécurité sociale du régime concerné. Dans cette hypothèse, il convient de vérifier la compétence du CRRMP. Par exemple, le CRRMP compétent pour les dossiers dépendant du régime SNCF est celui de Marseille en raison de l'implantation du siège des caisses de prévoyance et de retraite de la SNCF dans cette ville. En revanche, pour les agents statutaires des industries électriques et gazières, le CRRMP compétent est celui de la CPAM dont ils dépendent.

COMPOSITION DES COMITÉS

Aux termes de l'article D. 461-27, chaque comité régional comprend trois membres :

- le médecin conseil régional mentionné à l'article R. 315-3 ou un médecin conseil de l'échelon régional qu'il désigne pour le représenter. Lorsqu'un ou plusieurs dossiers du régime agricole est examiné, un médecin-conseil de ce régime siège en lieu et place du médecin conseil du régime général ;

- le médecin inspecteur régional du travail mentionné à l'article L. 8123-1 du Code du travail ou le médecin inspecteur qu'il désigne pour le représenter. Il ne s'agit pas nécessairement du médecin inspecteur de la région correspondant à celle où se situe le CRRMP ;

- un professeur des universités-praticien hospitalier ou un praticien hospitalier particulièrement 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. Les praticiens hospitaliers appartiennent à deux catégories, celle des praticiens hospitaliers (PH) non universitaires et celle des bi-appartenants hospitalo-universitaires qui comprend les professeurs des universités-praticiens hospitaliers (PU-PH), les maîtres de conférences des universités-praticiens hospitaliers (MCU-PH), ainsi que les praticiens hospitalo-universitaires (PH-U). Seuls des médecins possédant un de ces titres et en activité peuvent être membres ou suppléants d'un CRRMP. Si l'un des membres a examiné le salarié en consultation, il est tenu de se récuser.

En séance, le comité est composé de trois membres avec voix délibérative, représentant chacune des catégories ci-dessus.

Seuls ces trois membres participent à la discussion et procèdent à la rédaction de l'avis émis. Cependant, la présence de médecins non membres ou non encore membres d'un CRRMP est tolérée dans le cadre de

leur formation, leur nombre devant cependant rester raisonnable afin d'assurer la sérénité du travail du comité. Ils doivent être informés qu'ils ne participent ni à la discussion ni à la rédaction de l'avis.

RÔLE DES DIFFÉRENTES PARTIES AVANT ET APRÈS LA SÉANCE DU CRRMP

Lorsque la prise en charge de la maladie n'est pas possible au titre des tableaux, et que la maladie professionnelle déclarée relève du système complémentaire, l'organisme de Sécurité sociale saisit le comité.

Avant transmission au secrétariat permanent du CRRMP, l'organisme de Sécurité sociale doit recueillir et instruire les éléments nécessaires du dossier (article D. 461-30). A cette fin, le dossier est instruit conjointement par le service administratif et le service médical de l'organisme de Sécurité sociale. Le caractère contradictoire de la procédure s'exprime au cours de cette phase.

Service administratif de l'organisme de Sécurité sociale

Contenu du dossier

Le service administratif de l'organisme de Sécurité sociale constitue un dossier pour le CRRMP qui comprend (article D. 461-29) :

« 1° Une demande motivée de reconnaissance signée par la victime ou ses ayants droit (« déclaration de maladie professionnelle » modèle cerfa) et un questionnaire rempli par un médecin choisi par la victime » (en pratique, il s'agit du « certificat médical initial » modèle cerfa ou d'un certificat médical rempli sur papier libre) ;

« 2° Un avis motivé du médecin du travail de la ou des entreprises où la victime a été employée portant notamment sur la maladie et la réalité de l'exposition de celle-ci à un risque professionnel présent dans cette ou ces entreprises. »

Il importe de souligner l'importance de l'apport du médecin du travail. Son avis doit être recherché : le secrétariat du comité doit s'assurer que le ou les médecins du travail concernés ont bien été personnellement contactés. Il convient par ailleurs d'informer le médecin du travail, lors de cette demande, que l'avis motivé est communicable à l'employeur par l'intermédiaire d'un médecin désigné à cet effet par la victime ou à défaut par ses ayants droit. L'avis motivé peut être rédigé sur papier libre. Il doit être reçu dans le délai d'un mois à compter de la demande de la caisse. En l'absence de cet avis, et après le délai précité, l'instruction du dossier sera poursuivie afin d'éviter de pénaliser le demandeur.

Pour les non salariés agricoles (article D. 752-11 du Code rural), l'avis motivé est produit par un conseiller en prévention et un médecin du travail de la caisse de

la mutualité sociale agricole (CMSA) territorialement compétente.

« 3° Un rapport circonstancié du ou des employeurs de la victime décrivant notamment chaque poste de travail détenu par celle-ci depuis son entrée dans l'entreprise et permettant d'apprécier les conditions d'exposition de la victime à un risque professionnel. »

Le rapport circonstancié du ou des employeurs peut être rédigé sur papier libre. Il doit être reçu dans le délai d'un mois à compter de la demande de la caisse. En l'absence de ce rapport et après le délai précité, l'instruction du dossier sera poursuivie afin d'éviter de pénaliser le demandeur.

« 4° Le cas échéant, les conclusions des enquêtes conduites par les caisses compétentes. »

L'enquête, diligentée par le service administratif, est nécessaire pour permettre au comité de prendre une décision dûment motivée. Les informations doivent être suffisantes et de bonne qualité compte tenu de la nécessité d'établir un lien entre la pathologie et l'exposition objectivée. Sans préjudice de l'enquête sur le poste actuel ou le dernier poste, il convient d'enquêter également sur les affectations antérieures du demandeur si la maladie le justifie (durée nécessaire, dose cumulée, etc.). L'enquête doit en outre mentionner l'avis de la victime, de l'employeur, et la synthèse de l'agent enquêteur.

Tous les autres éléments utiles rapportés à la caisse tels que notamment les données fournies par les parties et les observations ou enquêtes des institutions représentatives du personnel (délégués du personnel, CHSCT, comités d'entreprises) doivent également être fournis au comité.

Pour le cas particulier des personnels dont l'employeur est autorisé à gérer le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle et pour certains travailleurs salariés expatriés (articles D. 461-32 à D. 461-38), ces enquêtes comprennent les investigations administratives effectuées par l'organisme ou l'administration gestionnaire et, le cas échéant, celles qui ont été menées par leur comité d'hygiène et de sécurité.

« 5° Le rapport établi par les services du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie qui comporte, le cas échéant, le rapport d'évaluation du taux d'incapacité permanente de la victime. »

Pour le cas particulier des personnels dont l'employeur est autorisé à gérer le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle et pour certains travailleurs salariés expatriés, ce rapport est établi par le service du contrôle médical de l'organisme ou de l'administration titulaire de l'autorisation de gestion du risque AT/MP.

Pour les agents non titulaires de l'État, ce rapport est établi par le médecin agréé compétent.

Pour les dossiers relatifs aux agents statutaires des industries électriques et gazières, l'organisme de Sécurité sociale recueille les pièces mentionnées à l'article D. 461-29 (al. 2 et 3) auprès de l'unité dont relève la victime.

Identification de la maladie professionnelle déclarée

En cas de divergence entre les termes caractérisant la maladie sur la déclaration de maladie professionnelle et sur le certificat médical initial, c'est ce dernier document médical qui est à retenir pour identifier la maladie professionnelle déclarée.

Délais d'instruction et information du demandeur et de l'employeur

● Délais d'instruction

Dans le cadre du régime général, les organismes de Sécurité sociale sont tenus de prendre une décision relative au caractère professionnel d'une maladie déclarée dans un délai strictement limité. Le délai court à partir de la date de réception de la déclaration de maladie professionnelle.

Ce délai est de 3 mois pour les maladies professionnelles. Il peut être complété, « lorsqu'il y a nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire », d'un délai de 3 mois, à condition que la caisse en informe la victime ou ses ayants droit et l'employeur par lettre recommandée avec accusé de réception. Aucun élément de l'instruction ne suspend ces délais (enquête, saisine du CRRMP...).

Pour le cas particulier des personnels dont l'employeur est autorisé à gérer le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle et pour certains travailleurs salariés expatriés, le CRRMP dispose de quatre mois à compter de la saisine pour rendre son avis motivé, et de deux mois supplémentaires lorsqu'un examen ou une enquête complémentaire est nécessaire.

● Information du demandeur et de l'employeur

À réception de l'avis du CRRMP, l'organisme de Sécurité sociale rend une décision conforme à l'avis du CRRMP et la notifie au demandeur, en joignant l'avis motivé. Lorsqu'elle fait grief, cette notification est effectuée par lettre recommandée avec accusé de réception. Cette notification est une décision administrative mentionnant les délais et voies de recours.

Une copie des mêmes pièces est envoyée à l'employeur pour information (**encadré ci-dessous**).

Il convient de souligner que le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009 modifie les règles applicables à la procédure d'instruction des déclarations de maladies professionnelles. À compter du 1^{er} janvier 2010, la caisse disposera d'un délai de trois mois ou de six mois en cas de « nécessité d'examen ou d'enquête complémentaire » pour statuer à compter de la réception de la déclaration de maladie professionnelle et du certificat médical initial (art. R. 441-10 al. 1 modifié). La décision motivée de la caisse sera notifiée, avec mention des voies et délais de recours par tout moyen permettant de déterminer la date de réception, à la victime ou à ses ayants droit, si le caractère professionnel de la maladie n'est pas reconnu, ou à l'employeur dans le cas contraire. Cette décision sera également notifiée à la personne à laquelle la décision ne fait pas grief (art. R. 441-14 al. 4 modifié).

Service médical de l'organisme de Sécurité sociale

En amont de l'intervention des CRRMP, le médecin conseil :

- se prononce sur le diagnostic, c'est-à-dire sur une maladie caractérisée (et non sur un état général morbide ou sur des symptômes), en vérifiant que le dossier comporte tous les éléments permettant un diagnostic positif et étiologique ainsi que, le cas échéant, le diagnostic différentiel : antécédents AT/MP, antécédents autres pouvant avoir une incidence sur la décision, certificats médicaux, avis spécialisés, examens complémentaires, facteurs de risques extra-professionnels, périodes d'arrêts de travail, dates et comptes rendus d'hospitalisations, expertises...

- indique à la caisse la « *date de première constatation médicale* », c'est-à-dire la date à laquelle les premières manifestations de la maladie ont été constatées médicalement (certificat médical attestant des premiers symptômes, examens complémentaires, lettres entre médecins, compte rendu de consultations...), même si le diagnostic de certitude n'est posé qu'ultérieurement. L'appréciation de la date de première constatation médicale est particulièrement importante dans la mesure où elle influe tant sur l'orientation vers le CRRMP (et donc sur la perte du bénéfice de la présomption d'origine) que sur la recherche des expositions et sur la nature de la discussion en CRRMP.

Lorsqu'un dossier est orienté vers le CRRMP dans le cadre de l'alinéa 3, le médecin conseil vérifie la présence des pièces médicales obligatoires mentionnées dans la partie gauche du tableau (désignation des maladies).

Exemple : audiométrie pour le tableau n° 42.

Lorsqu'un dossier est orienté vers le CRRMP dans le cadre de l'alinéa 4, le médecin conseil se prononce sur la date de stabilisation de l'état médical qui peut être fixée en fonction des circonstances :

- à la date de la demande,
- à la date de l'examen,
- à une date prévisionnelle éloignée de trois mois pour éviter un hiatus dans les prestations, la rente remplaçant les indemnités journalières dès la date de stabilisation si la maladie professionnelle est reconnue.

Le médecin conseil détermine un taux prévisible d'incapacité permanente (IP) égal ou supérieur à 25 % : le taux d'incapacité permanente pris en compte doit relever de la seule maladie qui est suspectée d'origine professionnelle et non d'un ensemble morbide complexe associant différentes affections.

Dans les deux cas, le médecin conseil rédige un rapport afin d'éclairer le CRRMP et lui permettre de statuer

sur le lien éventuel entre le travail de la victime et la pathologie déclarée. Cette observation médicale reprend :

- la date retenue comme date de première constatation médicale,
- les éléments anamnestiques et chronologiques concernant le développement de la pathologie incriminée,
- les données de l'examen clinique,
- les facteurs professionnels,
- les facteurs extra-professionnels éventuels,
- le compte rendu des examens complémentaires qui ont permis de faire le diagnostic,
- les comptes rendus opératoires en cas d'intervention chirurgicale et éventuellement les comptes rendus d'anatomopathologie,
- les conclusions d'une éventuelle expertise,
- les comptes rendus de consultation spécialisée.

Le médecin conseil précise les autres accidents du travail et maladies professionnelles reconnus ainsi que leurs dates de survenue et de fin.

En conclusion, le médecin conseil indique son point de vue sur le caractère professionnel de l'affection.

Le rapport du médecin conseil et l'avis motivé du médecin du travail sont envoyés au service administratif de l'organisme de Sécurité sociale, **sous pli confidentiel** à adresser au secrétariat permanent du CRRMP.

Conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique⁽³⁾, la communication du rapport du médecin conseil à la victime (ou aux ayants droit sous certaines conditions) peut se faire directement. Il n'est communicable à l'employeur que par l'intermédiaire d'un praticien désigné à cet effet par la victime ou à défaut par ses ayants droit. Ce praticien n'en prend connaissance et ne peut en faire état, avec l'accord de la victime ou, à défaut, de ses ayants droit, que dans le respect des règles de déontologie médicale (article D. 461-29 al. 9).

Secrétariat permanent du comité

Le secrétariat permanent du CRRMP est assuré par l'échelon régional du contrôle médical de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (article D. 461-27).

Il s'assure que le dossier transmis par l'organisme de Sécurité sociale est complet en vérifiant la présence des documents mentionnés dans le Code de la Sécurité sociale et énumérés dans la partie « *Contenu du dossier* » (p. 9) du présent document (déclaration de maladie professionnelle, certificat médical initial, rapport circonstancié du ou des employeurs, conclusions des enquêtes administratives et techniques, et **sous pli confidentiel** : données médicales, avis motivé du ou des médecins du travail, rapport du service médical comportant le rapport d'évaluation du taux d'IP).

(3) Article issu de la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé du 4 mars 2002, qui est postérieure au décret n° 97-950 du 15 octobre 1997 à l'origine de l'alinéa 9 de l'article D. 461-29.

En ce qui concerne le rapport circonstancié du (ou des) employeur(s) et l'avis motivé du (ou des) médecin(s) du travail, le dossier devra contenir, à défaut de ces documents, une copie de la lettre de demande datant d'au moins 1 mois.

Le secrétariat s'assure de la qualité des informations suivantes :

- la reconstitution de la carrière de la victime,
- la description précise et détaillée des tâches et, s'il y a lieu, des gestes, postures et efforts (schémas, photographies),
- la composition des produits chimiques lorsque la seule information fournie est le nom de marque,
- la date de première constatation médicale et les documents afférents,
- les examens ayant permis le diagnostic positif de la maladie (notamment anatomopathologie pour les cancers, EFR pour les affections respiratoires, résultats des tests allergologiques pour les maladies allergiques, audiométries successives pour le tableau n° 42, les examens d'imagerie, les avis des spécialistes consultés, les comptes rendus opératoires...).

S'il manque des informations indispensables pour éclairer le comité, le secrétariat du CRRMP demande ces éléments.

Dans le cas où des éléments nouveaux ont été portés directement à la connaissance du secrétariat, qui remettent en cause le bien-fondé du passage au comité, le secrétariat prend contact avec l'organisme de Sécurité sociale afin de revoir l'orientation du dossier. Par exemple, la rectification de la date de première constatation médicale de la maladie peut permettre la reconnaissance au titre du 2^e alinéa.

Le bon fonctionnement des comités implique un retour d'information sur les contentieux découlant des avis qu'ils ont rendus. Il est donc recommandé, lorsque l'avis du comité est demandé à la suite de la décision d'un Tribunal des affaires de Sécurité sociale (TASS) ou d'une cour d'appel, que le secrétariat du CRRMP, saisi en dernier lieu, prenne contact avec le secrétariat des CRRMP qui ont formulé les avis précédents afin de les en informer et d'obtenir, le cas échéant, les éléments qui ont motivé leur avis.

RÔLE DE L'INGÉNIEUR DE PRÉVENTION DE LA CRAM OU DE L'ORGANISME ÉQUIVALENT

L'ingénieur-conseil en chef du service prévention de la caisse régionale d'assurance maladie (CRAM) est obligatoirement entendu par le CRRMP en vertu de l'article D. 461-30 alinéa 4. Il peut désigner un ingénieur-conseil pour le représenter. Il est à noter que l'ingénieur-conseil en chef de la région n'est pas forcément celui de la région où la victime exerce sa profes-

sion ; dans ce cas, il devra préalablement avoir pris l'attache de l'ingénieur-conseil en chef de la région de l'employeur.

Il faut souligner l'intérêt d'une enquête technique par le service prévention de la CRAM (ou service équivalent pour les autres régimes) pour connaître la nature, la durée et si possible le niveau des expositions auquel a été soumis le demandeur.

L'ingénieur-conseil en chef peut remettre un rapport écrit au comité. Toutefois, ce rapport ne devra pas comporter d'informations pouvant révéler des secrets de fabrication (toutes les pièces du dossier étant susceptibles d'être communiquées à la victime ou ses ayants droit à leur demande). Ce rapport écrit ne le dispense pas d'une audition par les membres du CRRMP permettant un dialogue.

L'ingénieur-conseil reçoit du secrétariat du CRRMP, préalablement à son audition, les pièces du dossier mentionnées à l'article D. 461-29, à l'exception du rapport du service médical et des informations à caractère médical comprises dans l'avis motivé du médecin du travail, ces éléments relevant du secret médical [2].

L'ingénieur-conseil est entendu après que les membres du CRRMP ont pris connaissance du dossier médical, afin de respecter les règles du secret médical. Il ne participe pas à la délibération du comité. Pour ce faire, toute disposition doit être prise pour faciliter son audition. La présence auprès de l'ingénieur-conseil d'un autre ingénieur-conseil ou d'un agent chargé des enquêtes dans l'organisme de Sécurité sociale peut être acceptée car leur participation peut être utile à leur formation.

En cas de nécessité, les membres du comité peuvent demander une enquête complémentaire à l'ingénieur et surseoir à donner leur avis.

Pour le régime agricole, le comité entend un conseiller en prévention de la mutualité sociale agricole (article D. 751-37 du Code rural).

Pour le régime des mines, le comité entend l'ingénieur de la DRIRE/DREAL⁽⁴⁾. En son absence, il est possible de consulter le délégué mineur afin d'obtenir des informations techniques complètes sur les postes concernés.

Pour les personnels dont l'employeur est autorisé à gérer le risque d'accident du travail et de maladie professionnelle, le comité entend obligatoirement soit l'ingénieur de sécurité en fonction dans l'organisme ou l'administration concerné, soit l'agent chargé de la mise en œuvre des règles d'hygiène et de sécurité dans la fonction publique, soit, pour les établissements publics de santé, le médecin exerçant dans le service de médecine du travail. Dans le cas où l'organisme de Sécurité sociale ne peut faire entendre l'agent qualifié en matière de prévention, il appartient à l'ingénieur-conseil de la CRAM de réunir les renseignements nécessaires et d'être

(4) DRIRE : Direction régionale de l'industrie, de la recherche et de l'environnement.

DREAL : Direction régionale de l'environnement, de l'aménagement et du logement.

entendu par le comité. Concernant les salariés expatriés, l'ingénieur-conseil se trouvant dans la circonscription du comité régional est entendu par ce comité.

ANALYSE D'UNE DEMANDE PAR LES MEMBRES DU COMITÉ

L'évaluation de l'exposition

Le CRRMP dispose du dossier transmis par le secrétariat permanent contenant notamment le rapport circonstancié du ou des employeurs décrivant le ou les postes de travail successivement occupés, les éléments fournis par l'enquête administrative, et l'avis motivé du médecin du travail. Ces documents lui permettent d'apprécier les risques d'exposition. S'il manque des informations indispensables pour éclairer le comité, le secrétariat du CRRMP demande ces éléments.

L'audition de l'ingénieur-conseil régional ou son représentant complète obligatoirement l'information des membres du CRRMP (cf. paragraphe précédent pour les modalités pratiques).

La maladie

Les maladies visées au troisième alinéa de l'article L. 461-1

Les dossiers adressés aux CRRMP, au titre du 3^e alinéa de l'article L. 461-1, sont ceux pour lesquels le titre du tableau et les critères de désignation des maladies sont respectés, mais pour lesquels une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies.

Les maladies visées au quatrième alinéa de l'article L. 461-1

Selon le quatrième alinéa de l'article L. 461-1, « peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles ».

Par maladie caractérisée, il faut entendre toute maladie ayant fait l'objet d'un diagnostic médical précis. Pour les membres du CRRMP, toute maladie correspondant à ce critère, entraînant une incapacité permanente d'au moins 25 %, et ne pouvant être prise en charge au titre des tableaux ou de l'alinéa 3 peut être prise en compte.

Les maladies pouvant être examinées au titre du 4^e alinéa peuvent correspondre aux cas suivants :

- des affections non mentionnées dans un tableau, par exemple le cancer du rectum ;
- des affections correspondant à l'intitulé du tableau

mais ne remplissant pas les critères de la colonne de gauche « *désignation des maladies* ». La caisse oriente néanmoins le dossier vers le CRRMP au titre du quatrième alinéa si l'affection en question est caractérisée et stabilisée avec une incapacité permanente évaluée à au moins 25 %. Il peut s'agir par exemple d'une pathologie chronique du rachis lombaire sans hernie discale ou sans radiculalgie de topographie concordante ;

- des affections qui figurent dans un ou plusieurs tableaux mais pas pour l'agent causal incriminé. Ainsi, le cancer pulmonaire est désigné dans de nombreux tableaux, ce diagnostic figurant soit dans l'intitulé soit dans la colonne de gauche des maladies. Cependant, un cancer pulmonaire imputé, par exemple, au formaldéhyde est considéré comme n'étant pas désigné dans un tableau et relèvera du CRRMP au titre du quatrième alinéa. Il en va de même pour les affections figurant dans les tableaux comportant, dans la colonne de droite, une liste indicative de travaux avec des substances limitativement énumérées (exemples : tableaux n^{os} 12, 15 ter, 65) : si pour une maladie désignée dans l'un de ces tableaux, l'agent causal incriminé n'est pas cité dans la liste de travaux, le CRRMP ne pourra pas être saisi au titre du troisième alinéa car il s'agit d'une liste indicative de travaux dans laquelle les substances sont limitativement énumérées, et non d'une liste limitative de travaux. Dans ce cas, l'affection pourra, si les conditions de gravité sont remplies, être soumise au CRRMP au titre du quatrième alinéa.

Position à adopter quand la maladie n'est pas caractérisée ou quand les membres du comité sont en désaccord avec le diagnostic proposé

Le comité n'est pas habilité à redresser ou préciser un diagnostic. Il ne peut qu'émettre un avis négatif sur le lien de causalité entre la maladie telle qu'elle est déclarée et le travail. Si la difficulté a pour origine l'imprécision du libellé du certificat médical initial ou le diagnostic lui-même, l'avis doit le mentionner explicitement.

L'évaluation du lien de causalité

Chaque dossier recouvre un cas unique et singulier que le comité doit évaluer en tant que tel.

Le rôle du CRRMP est d'établir le lien de causalité entre une maladie et une ou des expositions. Les éléments permettant d'établir ce lien de causalité proviennent d'un faisceau d'arguments qui fonde l'avis des membres dans la perspective d'une reconnaissance.

L'investigation d'un cas de maladie professionnelle requiert souvent une analyse détaillée des données de la littérature. Les ressources documentaires en médecine du travail reposent sur des supports variés.

Ainsi peuvent être consultés les livres « historiques »,

tels que l'encyclopédie du Bureau international du travail, qui peuvent apporter des renseignements importants sur les expositions et les conditions de travail à une époque donnée.

Les périodiques sont la principale source d'information valide et récente.

Les principales bases de données bibliographiques utilisables en pathologie professionnelle sont Medline, Toxline, Embase, Biosis, NIOSH-TIC. Il faut avoir conscience du caractère non exhaustif de ces bases. Le croisement des bases Medline et Toxline permet d'améliorer l'exhaustivité, tandis que l'utilisation d'Embase assure une meilleure couverture des publications européennes. La base de données du réseau national de vigilance et de prévention des pathologies professionnelles (RNVPPP) peut également être une source d'information.

Il ne faut pas sous-estimer l'apport des sites fournissant une information sur la toxicité de nombreuses substances chimiques, et en particulier celui de l'Agency for toxic substances and disease registry des États-Unis d'Amérique et les monographies de l'International Programme on Chemical Safety de l'Organisation mondiale de la santé.

La littérature grise ⁽⁵⁾ est de plus en plus développée et provient d'organismes français (INERIS, OPPBTP), européens (Fondation pour l'amélioration des conditions de vie et de travail de Dublin, Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail de Bilbao, Institut syndical européen pour la recherche, la formation, et la santé et sécurité de Bruxelles) ou internationaux et d'autres pays (Organisation mondiale de la santé dont les monographies du centre international de recherche sur le cancer, National health service britannique, Centers for disease control and prevention des États-Unis d'Amérique, Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail).

Enfin, à titre indicatif, il est possible de prendre connaissance des types d'avis déjà rendus par d'autres CRRMP auprès de la direction des risques professionnels (DRP) de la CNAMTS.

Le CRRMP est chargé d'établir :

Au titre de l'alinéa 3 : le lien direct entre le travail habituel de la victime et la maladie qui figure au tableau de maladies professionnelles, lorsqu'une ou plusieurs conditions de ce tableau tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies. Le CRRMP doit notamment s'assurer que l'activité professionnelle de la victime a bien exposé au risque incriminé dans le tableau de référence, et que la chronologie des expositions et des symptômes est compatible avec une étiologie professionnelle.

Au titre de l'alinéa 4 : le lien direct et essentiel entre le travail habituel de la victime et la maladie caractérisée non désignée dans un tableau de maladies professionnelles lorsqu'elle entraîne le décès de la victime ou une incapacité permanente au moins égale à 25 %.

Le CRRMP doit s'assurer que des éléments scientifiques solides permettent de confirmer que l'exposition professionnelle incriminée est bien à l'origine de la maladie, mais doit également rechercher s'il n'existe pas d'autres causes (personnelles ou environnementales). Le CRRMP s'appuie alors sur des ressources diversifiées issues de la littérature scientifique afin d'établir la plausibilité d'un lien entre la maladie et l'exposition professionnelle. Il veille *in fine* à vérifier, dans l'affirmative, que les expositions professionnelles occupent une place prépondérante (sans être nécessairement exclusive) dans la genèse de la maladie.

Concernant les dossiers qui auraient dû bénéficier de la présomption d'origine découlant de l'article L. 461-1 alinéa 2, si le comité estime que toutes les conditions d'un tableau sont remplies, il statue sur le dossier en donnant un avis.

L'Organisation de la séance du comité

La présence des trois membres est requise. En cas d'absence de l'un des membres, la séance ne peut avoir lieu [3].

Mise à disposition du dossier aux membres du comité

Le dossier complet doit être présenté par le médecin conseil rapporteur de façon chronologique et exhaustive. Les membres du comité prennent connaissance du dossier en séance. Un envoi préalable est effectué sur leur demande aux membres des CRRMP et pour les dossiers complexes (ex : dossier faisant suite à une décision du TASS, dossiers alinéa 4).

Audition de l'ingénieur de prévention de la CRAM ou de l'organisme équivalent

Le comité entend obligatoirement l'ingénieur-conseil chef du service de prévention de la caisse régionale d'assurance maladie ou l'ingénieur qu'il désigne pour le représenter (article D. 461-30). La liste des dossiers inscrits en séance et les pièces le concernant lui sont communiquées par le secrétariat du CRRMP suffisamment à l'avance pour qu'il puisse recueillir, si besoin, des informations complémentaires.

Audition du demandeur et de l'employeur

Le caractère contradictoire de la procédure s'exprime lors de la constitution des dossiers. S'agissant d'une instruction par examen d'un dossier, l'audition des parties pendant la séance du comité n'est pas une obligation, et n'a lieu que si les membres l'estiment nécessaire.

(5) La littérature grise correspond aux documents non publiés dans des revues scientifiques à comité de lecture.

Le comité a donc toute latitude pour décider s'il doit entendre le demandeur et l'employeur. Si l'une des parties demande à être entendue, et que le CRRMP accède à cette demande, le secrétariat permanent informe l'autre partie de cette audition et de la possibilité d'être entendue également si elle le souhaite.

Avis complémentaire

Le comité peut s'entourer de tout avis médical ou technique qu'il estime nécessaire à l'instruction du dossier.

Rédaction de l'avis du CRRMP

Au terme de l'ensemble de la procédure précédemment détaillée, les membres du comité rédigent l'avis. Il est important de mentionner, en particulier, que l'ingénieur-conseil a été entendu, cette audition étant obligatoire. L'avis est adopté par consensus ou par vote. En cas de vote, aucune des voix n'est prépondérante. Les trois membres rédigent l'avis motivé et s'organisent afin de le signer en personne, selon une procédure qu'ils détermineront en amont ⁽⁶⁾.

L'avis motivé est adressé à l'organisme de Sécurité sociale qui notifie sa décision à la victime, à ses ayants droit et en adresse une copie pour information à l'employeur ⁽⁷⁾.

● Motivation de l'avis

L'avis doit être suffisamment motivé pour éviter toute erreur manifeste d'appréciation dans le respect des règles de la déontologie médicale.

L'avis motivé rédigé par les membres du CRRMP peut être transmis par l'organisme de Sécurité sociale à l'ensemble des parties. Il convient donc de veiller à ce que cet avis soit rédigé dans des termes compréhensibles par tous les destinataires.

Il importe de montrer le raisonnement et les arguments ayant permis aux membres du CRRMP d'établir ou non l'existence d'un lien de causalité entre la maladie déclarée et l'activité professionnelle de l'intéressé.

Parmi les données qu'il importe de présenter dans l'avis motivé, en tenant compte du motif de présentation du dossier au comité, il est recommandé de faire figurer :

- l'activité professionnelle exercée,
- la description des tâches,
- l'ancienneté dans le poste,
- la durée du temps de travail exposant au risque,
- le motif de la cessation d'exposition au risque,
- la présence ou l'absence de contrainte de temps ou de répétitivité,
- l'ampleur du dépassement du délai de prise en charge ou de l'insuffisance de la durée d'exposition,
- les caractéristiques de la maladie sur laquelle le CRRMP est invité à se prononcer.

Si le comité doit faire référence à une autre maladie que l'affection déclarée, il doit veiller à ne pas la nommer.

Quand la demande a été transmise par un TASS ou

une cour d'appel, l'avis argumenté doit répondre exclusivement à la (ou les) questions(s) posées.

● Exploitation des avis dans les synthèses nationales

Le comité adresse chaque année au ministre chargé de la Sécurité sociale et au ministre chargé du travail un rapport d'activité dont le modèle est fixé par arrêté.

Une synthèse nationale annuelle de ces rapports d'activité régionaux est réalisée par la DRP de la CNAMTS. Elle est adressée aux services compétents des ministères chargés du travail et de la Sécurité sociale. Il convient de souligner que la qualité de cette synthèse dépend étroitement de la qualité de la rédaction des avis des comités et de la transcription codée des informations du dossier [2].

Le secret

Les membres du CRRMP sont astreints au secret professionnel et ne peuvent communiquer que leurs avis motivés à l'organisme de Sécurité sociale. Ils sont tenus en outre à l'obligation de réserve en ce qui concerne leur position personnelle et les délibérations. La communication de tout document ayant servi au comité à élaborer son avis ne relève pas de sa compétence mais de la responsabilité de l'organisme de Sécurité sociale.

Les personnes non membres ayant pu assister à tout ou partie d'une séance d'un CRRMP sont également astreintes à l'obligation de réserve.

(6) Aucune délégation de signature n'est possible.

(7) Cf. encadré p. 10 pour les modifications de la procédure d'instruction introduites par le décret n° 2009-938 du 29 juillet 2009.

Partie médicale

DE QUELQUES MALADIES

La vocation de ce guide n'est pas d'être exhaustive mais de proposer des éléments d'analyse des maladies les plus fréquemment examinées dans le cadre du système complémentaire. Par ailleurs, les repères présentés dans ce guide ont valeur de recommandations et doivent par conséquent être interprétés avec souplesse.

Maladies du tableau n° 57 du régime général (tableau n° 39 pour le régime agricole) « Affections périarticulaires provoquées par certains gestes et postures de travail ».

Les CRRMP sont très fréquemment sollicités dans le cadre de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1, pour les maladies professionnelles relevant du tableau n° 57, communément appelées « TMS » (« troubles musculosquelettiques » des membres). Le passage en système

complémentaire est alors motivé par le non respect, soit du délai de prise en charge (à noter qu'il n'y a pas de durée d'exposition dans ce tableau), soit de la liste limitative des travaux. Les éléments développés dans cette partie s'appliquent à la fois au tableau n° 57 du régime général et au tableau n° 39 du régime agricole.

Délai de prise en charge

Le tableau n° 57 précise des délais de prise en charge différents selon les affections :

- 7 jours pour les tendinites [épaule douloureuse simple (ou tendinopathie de la coiffe des rotateurs), épicondylite (ou épicondylite latérale), épitrochléite (ou épicondylite médiale), tendinite et ténosynovite du poignet-main, et tendinites du genou et de la cheville], les hygromas aigus du coude et du genou et le syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe ;

- 30 jours pour le syndrome du canal carpien et le syndrome de la loge (ou canal) de Guyon ;

- 90 jours pour le syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne [ou syndrome du tunnel cubital (ulnaire) au coude], l'épaule enraidie succédant à une épaule douloureuse simple rebelle, les hygromas chroniques du coude et du genou.

En milieu de travail, les pathologies tendineuses rencontrées sont soit des tendinites aiguës, soit des tendinopathies chroniques de mécanisme dégénératif plutôt qu'inflammatoire. La symptomatologie (gêne fonctionnelle, douleur) peut être d'apparition très progressive, en plusieurs semaines. C'est pourquoi, un lien de causalité reste plausible malgré un dépassement du délai de prise en charge de plusieurs semaines, voire plusieurs mois pour les pathologies dégénératives.

Les syndromes canaux sont rarement aigus et apparaissent le plus souvent progressivement. Certaines formes de syndromes canaux d'apparition très progressive ont été décrites, notamment les formes purement déficitaires et indolores de syndrome du canal carpien. C'est pourquoi, un lien de causalité reste plausible malgré un dépassement du délai de prise en charge de plusieurs mois lorsque la date du premier examen paraclinique est choisie comme date de début de l'affection.

Durée d'exposition

Le tableau n° 57 ne mentionne pas de durée d'exposition aux gestes et postures de travail. Cependant, celle-ci influence le risque.

L'appréciation de la durée pendant laquelle le demandeur a été exposé ne doit prendre en compte que les expositions antérieures à la première constatation médicale de la maladie. L'exposition peut avoir été discontinuée et la durée cumulée peut être prise en compte par les comités si la chronologie des expositions et des symptômes est compatible avec une étiologie professionnelle.

Liste limitative des travaux du tableau n° 57

La liste limitative des travaux est, en pratique, assez large mais incomplète, car certains gestes (flexion du poignet) et facteurs de risque (force) ne sont pas cités. Les dossiers adressés aux CRRMP, au titre du 3^e alinéa de l'article L. 461-1, sont ceux pour lesquels le titre du tableau et le critère de désignation des maladies sont respectés. Bien que l'existence d'une exposition à certains gestes et postures de travail soit implicitement admise par l'organisme de Sécurité sociale qui transmet le dossier au CRRMP, il est nécessaire d'apprécier l'intensité du risque lié à l'exposition professionnelle du fait du manque de spécificité des gestes et postures de travail cités par le tableau n° 57 (par exemple, mouvements de préhension) et de leur caractère ubiquitaire lors des activités professionnelles et non professionnelles. C'est donc à la fois sur l'intensité du risque et sur la réalité du lien direct entre ce risque et la maladie que les CRRMP sont interrogés pour chaque cas d'affection périarticulaire soumis.

Le caractère plurifactoriel des affections périarticulaires est fréquent et reconnu par la littérature scientifique [4]. Néanmoins, ce caractère plurifactoriel ne peut être une cause de refus s'il est montré que l'affection est directement causée par le travail habituel de la victime [5]. En effet, si le lien entre la maladie et l'exposition doit être suffisamment consistant pour être établi, son caractère essentiel n'est pas requis par l'alinéa 3 de l'article L. 461-1.

Il y a assez peu d'études épidémiologiques qui démontrent la responsabilité de l'organisation du travail même si cela semble évident puisque l'organisation du travail détermine les facteurs de risques biomécaniques et psychologiques. L'une des principales est l'enquête INSERM-ANACT [6] qui avait montré le risque de TMS associé au travail en « juste-à-temps » et à la dépendance organisationnelle.

Les facteurs environnementaux professionnels d'affections périarticulaires individualisés dans la littérature se répartissent en facteurs biomécaniques directs et en facteurs psychosociaux indirects.

Les facteurs biomécaniques communément admis dans la littérature scientifique sont :

- la répétitivité des gestes,
- les efforts musculaires excessifs,
- les positions articulaires extrêmes et les postures contraignantes ou prolongées,
- les chocs ou pressions directes sur les zones sensibles,
- les vibrations transmises au système main-bras.

L'analyse de l'exposition professionnelle nécessite donc d'évaluer l'intensité de l'exposition aux facteurs de risques directs, c'est-à-dire aux contraintes biomécaniques (l'intensité des efforts, la répétitivité des mouvements et/ou des efforts, la durée des efforts, la

vitesse des mouvements, la précision des gestes, la position articulaire défavorable ou maintenue de manière prolongée, l'exposition aux vibrations, l'exposition au froid, le port de gants) et **aux facteurs de risques indirects, c'est-à-dire les facteurs psychosociaux** (stress perçu, organisation du travail, absence de temps de récupération) réputés augmenter le risque d'affections périarticulaires. Compte tenu du caractère multifactoriel et de l'effet cumulatif des facteurs de risque de TMS, il est nécessaire de prendre en compte tous les facteurs de risque individualisés dans le cas examiné par le CRRMP, ainsi que leur combinaison qui augmente considérablement le risque. En effet, les modèles de risque ne sont pas additifs mais multiplicatifs. **Il n'est pas nécessaire que l'intensité de l'exposition soit forte pour l'ensemble des facteurs de risque**, l'existence d'au moins une intensité forte à l'un des facteurs de risque ou le cumul d'expositions d'intensité modérée pour plusieurs facteurs de risque combinés suffit à conclure à une étiologie professionnelle très probable de l'affection périarticulaire considérée.

Aucune valeur seuil de répétitivité des gestes ou d'amplitude forcée n'a été arrêtée dans le tableau n° 57 et le tableau ne fait pas référence à des normes d'amplitudes articulaires ou de fréquence des gestes. En effet, malgré l'existence de normes [7 à 11], les mesurages des contraintes musculosquelettiques sont le plus souvent difficiles à mettre en œuvre au poste, ponctuels et peu représentatifs de la dose cumulée réellement subie. Il ne paraît possible de mesurer ni les efforts requis, ni la posture des membres supérieurs ou la répétitivité des mouvements effectués par un individu, pendant une partie ou l'intégralité de sa carrière professionnelle.

La question du mesurage des contraintes est un sujet complexe. La mesure des contraintes biomécaniques est possible mais techniquement difficile, et n'est réalisée de manière fiable sur le plan biomécanique en routine ni en France ni ailleurs, même si des logiciels d'analyse posturale existent sur le marché. Ainsi, la validité des « check-list » et autres grilles d'analyse posturale proposées dans la littérature est limitée ou non prouvée. Il en est de même pour les logiciels d'analyse inspirés de ces grilles. Des études ont montré le caractère peu prédictif du risque de TMS des listes de contrôle utilisées en routine [12, 13].

De plus, en admettant que les problèmes de mesurage soient résolus, se poserait alors la question de la représentativité des mesures notamment pour mesurer ces efforts sur l'intégralité ou sur une partie d'une carrière professionnelle. Par ailleurs, des études ont montré le manque de réalisme des mesures photographiques ou vidéographiques dans l'industrie si l'on n'échantillonne pas correctement le recueil des données [14], en particulier pour le travail artisanal (un plombier par exemple) ou les activités de services (une femme de ménage par exemple) [15].

Afin d'harmoniser les avis formulés, **certaines repères** sont néanmoins utiles pour interpréter les données d'exposition aux gestes et postures de travail cités dans la colonne de droite du tableau n° 57.

● ***L'exposition habituelle aux gestes et postures de travail***

Elle doit être interprétée comme désignant une exposition qui n'est pas exceptionnelle, occasionnelle ou accidentelle... sans toutefois impliquer nécessairement la permanence d'un risque, mais au moins sa répétition avec une fréquence et une durée suffisante.

Un groupe d'experts européens animé par le Coronal Institute d'Amsterdam [16] a défini le caractère habituel d'une exposition aux facteurs de risque de TMS par une durée supérieure à une heure par jour en continu, ou une durée cumulée supérieure à deux heures par jour et cela pour l'ensemble des travaux estimés à risque.

● ***Le caractère répété des gestes et postures de travail***

Il fait référence à la fois à la répétition de gestes similaires et au maintien prolongé d'une posture, comme tenir un outil en main ou appuyer le coude sur un plan de travail, par exemple.

Il est possible de proposer une série de définitions du travail répétitif et de ses composantes :

- une « tâche répétitive » est une tâche caractérisée par des « cycles de travail », ces derniers étant définis comme une séquence d'actions techniques répétées de façon similaire ;

- une « action technique » comporte un ensemble de gestes et est définie par les actions manuelles élémentaires nécessaires pour réaliser des opérations dans le cycle de travail comme tenir, tourner, pousser, couper, etc., sans faire référence aux gestes élémentaires qui composent ces actions ;

- la « répétitivité » des gestes peut être considérée comme présente et significative si les actions sont répétées plus de deux fois par minute ou, en cas de tâche complexe (enchaînement complexe de gestes variés), si la séquence gestuelle sous-tendant l'action est répétée plus de la moitié du temps de la tâche.

● ***Le caractère prolongé du maintien de la posture***

La norme AFNOR NF EN 1005-1 : 2001 définit la posture statique comme une « posture maintenue pendant une période excédant 4 secondes. Ceci s'applique aux variations légères ou nulles d'un niveau de force développée par les muscles ou d'autres éléments corporels » [7].

Par analogie avec certaines grilles d'analyse de la posture [15, 17], on considèrera :

- qu'il ne s'agit pas d'une posture, mais d'un geste si elle est maintenue moins longtemps ;

- que le caractère prolongé du maintien de la posture est présent si elle est maintenue au-delà d'une minute ;

- que le caractère prolongé et habituel du maintien de la posture est présent s'il est prolongé au-delà d'une minute et s'il survient de manière habituelle, c'est-à-dire lorsqu'il se prolonge pendant une durée supérieure à une heure par jour en continu, ou s'il se renouvelle pour une durée cumulée supérieure à deux heures par jour et cela pour l'ensemble des travaux estimés à risque.

● **Le caractère prolongé d'un appui**

Le caractère prolongé d'un appui sur le coude, le poignet ou le genou peut être considéré comme présent lorsqu'il existe un appui continu ou discontinu de manière habituelle au cours de l'activité, c'est-à-dire lorsqu'il survient pendant une durée supérieure à une heure par jour en continu, ou une durée cumulée supérieure à deux heures par jour et cela pour l'ensemble des travaux.

● **Le caractère forcé des mouvements et postures de travail**

Ceci fait référence à l'amplitude articulaire mise en jeu par le mouvement ou le maintien de la posture. On peut définir le caractère « forcé » d'une posture (extrême posture), d'une part, par une amplitude articulaire supérieure à la moitié de la plage articulaire du mouvement considéré et, d'autre part, par sa présence habituelle au cours de la journée de travail.

En pratique, cette définition doit être modulée en fonction des caractéristiques anatomiques et biomécaniques des articulations et des structures périarticulaires :

a) Épaule

- maintien habituel de la main en arrière du tronc (extension ou rétropulsion) ;
- maintien habituel de la main sur la face controlatérale du tronc (adduction extrême) ;
- maintien habituel de l'épaule en rotation externe ;
- maintien habituel du bras écarté du corps sans support pendant au moins deux minutes (abduction) ;
- mouvements répétés d'élévation antérieure ou abduction supérieure à 60° par rapport à la position bras au corps ou plaçant les mains au-dessus du milieu du torse ;
- mouvements très répétitifs des membres supérieurs.

b) Coude

- maintien habituel de la main proche de l'épaule (flexion extrême) - maintien habituel de l'avant-bras en extension complète ;
- maintien habituel de l'avant-bras en pronosupination - appui habituel prolongé de la face postérieure du coude sur un plan dur ;
- mouvements répétés de flexion forcée.

c) Poignet

- maintien habituel de la main en flexion palmaire forcée - maintien habituel de la main en extension dorsale forcée - maintien habituel de la main en inclinaison ulnaire ou radiale forcée - prise habituelle en pince ou à pleine paume d'une pièce ;

- appui ou pression habituel prolongé sur le talon de la main par un plan dur, une pièce ou un instrument ;
- mouvements répétés de flexion palmaire ;
- mouvements répétés d'extension dorsale ;
- mouvements répétés d'inclinaison ulnaire ou radiale ;
- mouvements répétés de pronosupination.

Informations pouvant être utiles pour la décision des CRRMP

Ces repères (**tableau I**), à examiner en fonction de la pathologie concernée, doivent être interprétés avec souplesse.

Certaines contraintes psychosociales méritent d'être prises en considération, comme des difficultés relationnelles ou un manque de coopération au sein du collectif de travail, un déséquilibre entre la demande et la latitude décisionnelle (modèle de Karasek) ou un déséquilibre entre les efforts consentis et la récompense associée (modèle de Siegrist).

Dans l'analyse du risque, il est enfin nécessaire de prendre en compte les facteurs individuels. Il n'a pas été démontré de façon formelle de critères en lien avec le patrimoine génétique des individus. Le genre féminin est associé dans certaines études à un excès de risque d'affections périarticulaires, notamment de syndrome du canal carpien. Cependant, il n'existe pas de consensus sur la nature du risque qui peut traduire une prédisposition biologique, notamment d'origine anthropométrique ou hormonale, mais aussi une plus forte exposition aux contraintes biomécaniques répétitives d'origine professionnelle et non professionnelle. L'avancée en âge est un facteur de risque classique d'affections périarticulaires, comme de pratiquement toutes les maladies rhumatologiques de l'adulte. Cependant, l'avancée en âge est le plus souvent associée à une augmentation de l'ancienneté de l'exposition aux contraintes biomécaniques professionnelles si bien qu'il peut être difficile de faire la part des phénomènes dégénératifs tissulaires liés à l'âge de ceux liés au cumul des expositions professionnelles antérieures aux contraintes biomécaniques. Certains antécédents médico-chirurgicaux et affections médicales représentent des facteurs de susceptibilité individuelle d'affections périarticulaires. Les principaux communément admis sont les antécédents médicaux de rhumatisme inflammatoire (tendinites et syndromes canaux), de fracture avec cal vicieux compressif (syndrome canalaire), le diabète sucré (tendinites et syndromes canaux), l'hypothyroïdie (syndromes canaux) ou l'obésité (tendinites et syndromes canaux). De nombreux autres facteurs de risque (acromégalie, goutte, insuffisance rénale nécessitant une hémodialyse, amylose, etc.) cités dans la littérature sont de moindre portée épidémiologique. La grossesse et, dans une moindre mesure, la ménop-

Repères pouvant être utiles pour la décision des CRRMP concernant les affections figurant aux tableaux n° 57 du régime général ou n° 39 du régime agricole.

TABLEAU I

Caractéristiques individuelles du sujet	Sexe, âge, taille, poids, antécédents médicaux.
Caractéristiques de l'activité gestuelle et des postures de travail	<ul style="list-style-type: none"> → Fréquence des gestes et des manipulations (travail répétitif, travail statique) ; → Posture générale de travail ; → Postures segmentaires du poignet, du coude et de l'épaule ; → Maintien de posture statique prolongé ; Appui du coude, du talon de la main, des genoux (intensité de la pression) ; → Exigence forte de précision de la tâche ; → Durée quotidienne et ancienneté de l'exposition ; → Port de gants rigides et/ou épais ; → Frappe dactylographique (caractère intensif, durée d'exposition quotidienne).
Caractéristiques de l'exposition aux facteurs bio-mécaniques	<p>Intensité des efforts requis :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Efforts de préhension de pièces ou d'outils ; - Manutention manuelle de charges lourdes (cf. Partie relative au tableau n° 98) ; - Type de prise en main (pleine paume, pince pouce-index) ; - Pénibilité physique globale de l'activité. <p>Manipulation d'outils vibrants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Type de vibrations (chocs, hautes fréquences, basses et moyennes fréquences) ; - Durée quotidienne d'exposition ; - Durée cumulée d'exposition (annuelle, vie professionnelle) ; - Intensité de l'exposition aux vibrations transmises au système main-bras (mesurage de l'accélération équivalente non exigible), estimation de l'intensité (type d'outils, qualité de l'amortissement, ancienneté et entretien). <p>Caractéristiques du poste de travail :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualités ergonomiques générales ; - Accessibilité des emplacements de travail, des commandes et des dispositifs de contrôle ; - Qualités ergonomiques des instruments, des interfaces et des dispositifs de contrôle ; - Risques liés aux déplacements (trébuchements, glissades, chutes) ; - Exposition au froid (environnement ou manipulation de pièces ou produits froids) ; - Existence d'autres contraintes (sensorielles, chimiques, physiques) du poste.
Caractéristiques de l'organisation de l'activité	<ul style="list-style-type: none"> → Existence de périodes de repos physiologique ou de récupération ; → Organisation de la production (rigidité, juste-à-temps, flux tendu, travail sur une ligne ou un convoyeur, dépendance entre les postes de travail) ; → Répartition des tâches entre les postes de travail ; → Contraintes temporelles liées à des normes ou des clients, à des machines, à des collègues ; → Autonomie des opérateurs (possibilités d'auto-organisation des modes opératoires et des gestes ; possibilité d'interruption à volonté) ; → Programmation de la charge de travail, imprévisibilité des opérations (urgentes et inattendues) ; → Charge d'attention et sollicitations psychologiques ; → Gestion des rotations et de la polyvalence des opérateurs ; → Gestion du personnel (gestion des compétences, recours fréquent à des salariés inexpérimentés ou en situation précaire ; reconnaissance du travail effectué ; formation) ; → Gestion du temps de travail (horaires de travail, modulation du temps de travail, gestion des pauses) ; → Modalités et niveau de la rémunération (rendement, prime).

pause représentent des facteurs de risque classiques de syndrome du canal carpien.

Cas particulier de certains TMS

● **Syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne**

Par définition, le syndrome de la gouttière épitrochléo-olécrânienne [ou compression du nerf cubital (ulnaire) au coude ou syndrome du tunnel cubital (STC)] recouvre l'ensemble des symptômes résultant de la compression du nerf ulnaire au coude. Il s'agit du

syndrome canalaire le plus fréquent après le syndrome du canal carpien.

Du fait de sa situation, il existe des facteurs anatomiques et dynamiques spécifiques au nerf ulnaire au coude. Le nerf peut être soumis à une compression directe lors d'une position en appui sur le coude, situation citée dans la liste limitative des travaux du tableau n° 57 paragraphe B. Cependant, il est admis que des facteurs dynamiques jouent un rôle fondamental dans la physiopathologie de ce syndrome. En particulier, lors de la flexion du coude, il se produit un



rétrécissement du tunnel cubital avec une augmentation de la pression intracanalair. À ce mécanisme de compression, s'ajoutent des phénomènes d'étirement du nerf qui augmentent la pression neurale. Il peut aussi se produire des phénomènes de friction si le nerf est instable dans sa gouttière. Au fur et à mesure, la fibrose intraneurale va altérer les propriétés visco-élastiques du nerf ulnaire et diminuer ses capacités d'élongation physiologique tandis que la fibrose péri-neurale va progressivement limiter les possibilités de glissement au cours de la flexion.

En conséquence, pour établir une relation de causalité directe entre cette affection et l'exposition professionnelle, il est nécessaire de ne pas se limiter à la recherche de facteurs compressifs directs mais également d'envisager les situations dynamiques d'hypersollicitation du nerf ulnaire. Ainsi, les situations professionnelles susceptibles de déclencher la compression du nerf ulnaire au coude sont les suivantes :

- l'exposition habituelle à des appuis prolongés ou à des compressions prolongées (par une coudeillère par exemple) exercées sur la face postérieure du coude ;
- l'exposition habituelle aux gestes répétitifs de flexion, l'extension du coude ;
- l'exposition habituelle au maintien prolongé du coude en flexion extrême.

● *Doigt à ressort ou à ressort*

Il est rappelé que le doigt à ressort est une ténosynovite et fait bien partie des maladies désignées dans le tableau n° 57, ce qui ne préjuge pas de son lien avec le travail.

Maladies du tableau n° 97 du régime général (tableau n° 57 pour le régime agricole) « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier »

Lorsque le CRRMP est consulté pour le tableau n° 97 dans le cadre de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1, c'est en raison du non respect soit du délai de prise en charge, soit de la durée d'exposition, soit de la liste limitative des travaux.

Dès lors qu'il s'agit d'affections répondant aux critères réglementaires du tableau, l'existence d'affections associées (spondylolisthésis, canal lombaire étroit, arthrose) n'est pas une condition suffisante pour en récusier le caractère professionnel.

Délai de prise en charge

La date de première constatation médicale doit être établie sur la base du début des manifestations cliniques constatées médicalement plutôt que sur la date de

l'imagerie d'autant plus que les recommandations médicales de la Haute autorité de santé (HAS) sont de ne pratiquer les examens qu'après un certain temps d'évolution. C'est pourquoi un lien de causalité reste plausible malgré un dépassement du délai de prise en charge de plusieurs mois, lorsque l'imagerie reste le seul critère disponible pour situer le début de la pathologie.

Durée d'exposition

Le calcul de la durée d'exposition ne doit prendre en compte que les expositions antérieures à la première constatation de la maladie.

L'exposition peut avoir été discontinuée et la durée cumulée sera prise en compte par les comités si la chronologie des expositions et des symptômes est compatible avec une étiologie professionnelle.

Il arrive que certains malades aient été soumis à des expositions successives ou simultanées aux risques des tableaux n° 97 et 98, permettant l'instruction du dossier à l'un ou à l'autre des deux tableaux. Les comités doivent tenir compte de l'exposition aux deux risques dans leurs décisions et la faire apparaître dans l'avis motivé.

Liste limitative des travaux du tableau n° 97

Cette liste est en pratique assez large mais n'exclut pas la prise en compte au cas par cas de certaines situations de conduite routière, aérienne, ferroviaire ou navale, etc. Les dossiers adressés au CRRMP au titre du 3^e alinéa de l'article L. 461-1 sont ceux pour lesquels le titre du tableau et le critère de désignation des maladies sont respectés. Le titre du tableau n° 97 étant « *affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier* », dès lors qu'un organisme de Sécurité sociale adresse au CRRMP un dossier au titre de ce tableau, c'est qu'il a admis que le malade, atteint d'une des affections désignées dans la colonne de gauche du tableau, est ou a été exposé de façon habituelle à des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier. C'est donc seulement sur la réalité du lien direct entre ce risque et la maladie que les CRRMP sont interrogés et non sur l'existence du risque qui est acquise. Ceci nécessite une appréciation du risque rachidien lié à l'exposition aux vibrations ressenties par la victime lors de son activité professionnelle.

Aucune valeur seuil n'a été arrêtée dans le tableau n° 97. Malgré l'existence de normes [18 à 21], les mesurages des contraintes sont le plus souvent difficiles à mettre en œuvre au poste, et ils sont ponctuels et peu représentatifs de la dose cumulée réellement subie. Il ne paraît possible ni d'évaluer la valeur d'exposition journalière aux vibrations, ni la dose d'exposition aux vibrations de l'individu pendant une partie ou l'intégralité de sa carrière professionnelle.

Repères pouvant être utiles pour la décision des CRRMP concernant les affections figurant aux tableaux n° 97 du régime général ou n° 57 du régime agricole.

TABLEAU II

Caractéristiques individuelles du sujet	Sexe, âge, poids et taille.
Caractéristiques de l'exposition aux vibrations	→ Type de vibrations (chocs, hautes fréquences, basses et moyennes fréquences) ;
	→ Durée quotidienne d'exposition ; → Durée cumulée d'exposition (annuelle, vie professionnelle) ;
	Intensité de l'exposition aux vibrations transmises au rachis : - mesurage éventuellement effectué (accélération équivalente) mais non exigible ; - estimation de l'intensité (type d'engin ou de véhicule, qualité de l'amortissement, ancienneté et entretien de l'engin ou véhicule, vitesse de déplacement, qualité des sols et des revêtements empruntés).
Caractéristiques du poste de travail	→ Qualités ergonomiques du poste de conduite et du siège ;
	→ Qualité d'amortissement du siège ;
	→ Maintenance et entretien du siège et des équipements de conduite.
Posture de travail	→ Assise prolongée ;
	→ Flexion et/ou inclinaison latérale.
Exigences générales de l'activité	→ Existence de périodes de repos physiologique ou de récupération ;
	→ Cadences ;
	→ Distances à parcourir ;
	→ Pression temporelle ;
	→ Monotonie de la tâche ;
	→ Existence ou non d'autres contraintes du poste.
Examen de l'existence d'une manutention manuelle de charges lourdes associée	c.f. tableau III

Informations pouvant être utiles pour la décision des CRRMP

Ces repères (*tableau II*), à examiner en fonction de la pathologie concernée, doivent être interprétés avec souplesse.

Maladies du tableau n° 98 (tableau n° 57 bis pour le régime agricole) « Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes »

Lorsque le CRRMP est consulté pour le tableau n° 98 dans le cadre de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1, il l'est du fait du non respect soit du délai de prise en charge, soit de la durée d'exposition, soit de la liste limitative des travaux.

Dès lors qu'il s'agit d'affections répondant aux critères réglementaires du tableau, l'existence d'affections associées (spondylolisthésis, canal lombaire étroit, arthrose) n'est pas une condition suffisante pour en réduire le caractère professionnel.

Délai de prise en charge

La date de première constatation médicale doit être établie sur la base du début des manifestations cliniques constatées médicalement plutôt que sur la date de l'imagerie, d'autant plus que les recommandations médicales de la Haute autorité de santé (HAS) sont de ne pratiquer les examens qu'après un certain temps d'évolution. C'est pourquoi un lien de causalité reste plausible malgré un dépassement du délai de prise en

charge de plusieurs mois lorsque l'imagerie reste le seul critère disponible pour situer le début de la pathologie.

Durée d'exposition

Le calcul de la durée d'exposition ne doit prendre en compte que les expositions antérieures à la première constatation de la maladie.

L'exposition peut avoir été discontinuée et la durée cumulée sera prise en compte par les comités si la chronologie des expositions et des symptômes est compatible avec une étiologie professionnelle.

Il arrive que certains malades aient été soumis à des expositions successives ou simultanées aux risques des tableaux n° 97 et n° 98, permettant l'instruction du dossier à l'un ou à l'autre des deux tableaux. Les comités doivent tenir compte de l'exposition aux deux risques dans leurs décisions, et la faire apparaître dans l'avis motivé.

Liste limitative des travaux du tableau n° 98

Cette liste est en pratique assez large. Il faut noter que les dossiers adressés aux CRRMP au titre du 3^e alinéa de l'article L. 461-1 sont ceux pour lesquels le titre du tableau et le critère de désignation des maladies sont respectés. Le titre du tableau n° 98 étant « affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes », dès lors qu'un organisme de Sécurité sociale adresse au CRRMP un dossier au titre de ce tableau, c'est qu'il a admis que le malade, atteint d'une des affections chroniques du rachis lombaire désignées dans la colonne de gauche du

TABLEAU III

Repères pouvant être utiles pour la décision des CRRMP concernant les affections figurant aux tableaux n° 98 du régime général ou n° 57bis du régime agricole.

Caractéristiques individuelles du sujet	Sexe, âge, poids et taille.
Caractéristiques de la charge et de la manutention	→ Taille de la charge ;
	→ Facilité ou difficulté à saisir la charge ;
	→ Equilibre de la charge pendant le port ;
	→ Plus ou moins grande rigidité de la charge ;
	→ Distance de saisie de la charge par rapport au tronc ;
	→ Hauteur de prise de la charge ;
	→ Distance de port ;
	→ Cycles de transport (retour à vide ou non).
Caractéristiques du milieu de travail	Espace libre, notamment vertical suffisant ou insuffisant.
Caractéristiques du sol	Emplacement permettant ou ne permettant pas la manutention à une hauteur sûre et dans une bonne posture.
Exigences générales de l'activité	→ Existence de périodes de repos physiologique ou de récupération ;
	→ Cadences, pressions temporelles ;
	→ Distances à parcourir ;
	→ Existence ou non d'autres contraintes du poste.
Examen de l'existence d'une exposition aux vibrations transmises au corps entier	<i>c.f. tableau II</i>

tableau, est ou a été exposé de façon habituelle à la manutention manuelle de charges lourdes. C'est donc seulement sur la réalité du lien direct entre ce risque et la maladie que les CRRMP sont interrogés et non sur l'existence du risque qui est acquise. Ceci nécessite une appréciation de l'importance de la manutention et de son caractère pathogène.

Aucune valeur seuil n'a été arrêtée dans le tableau n° 98 car les travaux prévus exposent les salariés à des contraintes supérieures aux valeurs normalisées. Malgré l'existence de normes et de recommandations [22 à 25], les mesurages des contraintes sont le plus souvent difficiles à mettre en œuvre au poste, ponctuels et peu représentatifs de la dose cumulée réellement subie. Il ne paraît possible ni d'évaluer la masse unitaire, ni le tonnage transporté par un individu pendant une partie ou l'intégralité de sa carrière professionnelle.

Informations pouvant être utiles pour la décision des CRRMP

Ces repères (*tableau III*), à examiner en fonction de la pathologie concernée, doivent être interprétés avec souplesse.

Maladies du tableau n° 42 du régime général (tableau n° 46 pour le régime agricole) « Atteintes auditives provoquées par les bruits lésionnels »

Lorsque le CRRMP est consulté pour le tableau n° 42 dans le cadre de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1, il est sollicité pour non respect, soit de la durée d'exposition, soit de la liste limitative des travaux, soit du délai de prise en charge.

L'examen des demandes pour durée d'exposition insuffisante n'appelle pas de commentaire particulier.

Liste limitative des travaux

Lorsqu'un comité est saisi pour des tâches n'apparaissant pas sur la liste limitative, il convient d'évaluer l'exposition en tenant compte des mesures sonométriques qui ont pu être réalisées dans les entreprises concernées ou dans des tâches ou entreprises similaires. Il faut cependant retenir qu'il est difficile de déduire l'exposition antérieure à partir de relevés sonométriques récents, les niveaux actuels de bruit étant fréquemment plus faibles que les niveaux anciens. Les comités peuvent s'appuyer sur les abaques de la norme NFS 31-013 [26] pour apprécier la cohérence entre niveau de bruit et surdité. Les comités peuvent aussi tenir compte dans leur évaluation de la nuisance de l'exposition au bruit résultant de l'exposition de voisinage du poste concerné.

Délai de prise en charge

Depuis la modification, en 2003, du tableau n° 42 qui a supprimé la limite d'un an pour la réalisation de l'audiogramme après la fin de l'exposition (et donc un obstacle de définition médicale), la saisine des comités est devenue possible, en pratique, pour des dossiers dans lesquels le délai de prise en charge d'un an est dépassé. Il convient alors que les comités tiennent compte des caractéristiques de la nuisance et de la maladie.

La dose de bruit reçue, quand elle est évaluable par sa durée et son niveau, est un élément important. Il peut également être fait appel à la norme NFS 31-013 [26].

En ce qui concerne la maladie, il convient que les comités prennent en compte le fait que celle-ci crée

par le traumatisme sonore chronique est une surdité qui a des caractéristiques audiométriques assez précises. Il s'agit bien d'une surdité de perception, bilatérale, assez symétrique, affectant d'abord et principalement les fréquences aiguës autour de la bande d'octave de 4 000 Hz, conférant à la courbe une allure caractéristique, sauf dans les cas de surdité les plus évolués. L'établissement d'un lien direct entre la surdité et le bruit sera établi si les caractéristiques médicales de la maladie plaident en faveur d'une surdité par traumatisme sonore. La mise à disposition des membres du comité de courbes montrant le suivi audiométrique, avec des tracés successifs, permet aussi de juger si la maladie a l'évolution caractéristique de cette surdité due au bruit. Des courbes audiométriques réalisées dans des conditions ne répondant pas à celles du tableau (en particulier des audiométries réalisées hors d'une cabine audiométrique) restent utiles, le raisonnement se basant plus sur l'évolution relative dans le temps que sur les valeurs absolues.

Les comités prendront aussi en compte l'âge du sujet. En effet, plus l'âge est avancé - et donc dans ce cas, généralement, le délai de prise en charge dépassé -, plus le facteur de presbycusie a une part significative dans la surdité. Il n'est cependant pas possible de fixer des chiffres de presbycusie en fonction de l'âge qui pourraient avoir une valeur collective.

Les décisions des comités prendront enfin en compte les antécédents otologiques personnels et familiaux et les expositions extra-professionnelles au bruit.

Maladies professionnelles concernant les asthmes (tableaux n^{os} 10 bis, 15 bis, 37 bis, 43, 47, 49 bis, 50, 62, 63, 66, 74, 82, 95 pour le régime général et n^{os} 28, 36, 43 et 45 pour le régime agricole)

L'asthme est une maladie caractérisée dont le diagnostic doit être convenablement étayé (données cliniques, explorations fonctionnelles respiratoires avec tests pharmacologiques).

Lorsque le CRRMP est consulté pour ces tableaux dans le cadre de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1, il est sollicité soit pour dépassement du délai de prise en charge (tous tableaux mentionnant l'asthme), soit pour non respect de la liste limitative des travaux (tableaux n^{os} 10 bis, 37 bis, 47 et 66).

Le tableau n^o 66 ayant une liste limitative de travaux, tout asthme faisant l'objet d'une déclaration peut être examiné en alinéa 3, quelle que soit la nuisance invoquée.

Délai de prise en charge

Le délai de prise en charge des tableaux a été harmonisé en 2003 à 7 jours. Il permet de prendre en compte

l'essentiel des situations cliniques. La probabilité de lien de causalité diminue très rapidement avec le temps.

Liste limitative de travaux

L'exposition à un ou des agents causaux supposés doit être documentée. La relation directe entre l'exposition professionnelle et l'asthme sera étayée :

- soit par la mise en évidence de variations significatives de la fonction respiratoire, rythmées par les périodes d'exposition et d'éviction. Ces variations peuvent concerner le débit expiratoire de pointe, le VEMS ou le niveau de réactivité bronchique non spécifique, évalué par un test à la méthacholine ou à l'histamine ;

- soit, lorsqu'il est disponible, par un test de provocation bronchique spécifique réalisé en milieu hospitalier (lorsque l'asthme est associé à une rhinite, un test de provocation nasale spécifique positif peut être un substitut acceptable).

Sous réserve de validation scientifique complémentaire, la mise en évidence de variations de l'éosinophilie dans l'expectoration induite, en fonction des périodes d'exposition ou d'éviction, pourrait également être retenue comme élément témoignant d'une relation directe.

Lorsque le facteur causal suspecté est un agent de haut poids moléculaire, la démonstration d'une sensibilisation par des tests cutanés (prick tests) ou par la mise en évidence d'IgE spécifiques dans le sérum peut être prise en considération. La négativité du prick test et/ou du RAST spécifiques de l'allergène suspecté permet pratiquement d'éliminer la responsabilité de cet allergène.

Dans certains cas particuliers, lorsqu'il n'y a aucun moyen de recueillir les éléments objectifs précédents (sujet déjà écarté du risque et/ou agent de bas poids moléculaire), l'existence de données bibliographiques convaincantes ou de cas analogues dans l'entreprise, pourront également être pris en compte par les comités, dans un contexte clinique évocateur.

Bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) (tableaux n^{os} 44, 44 bis, 90, 91 et 94 pour le régime général et n^{os} 54 pour le régime agricole)

Maladie chronique, lentement progressive, caractérisée par une diminution non complètement réversible des débits aériens, la bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO) englobe deux entités : la bronchite chronique et l'emphysème. Cette définition n'englobe pas les asthmes évolués à dyspnée continue bien que leurs profils clinique et fonctionnel puissent s'apparenter aux BPCO.

Elle est caractérisée par un trouble ventilatoire obstructif non complètement réversible. Un rapport

VEMS/CV inférieur à 70 % est un critère communément admis pour affirmer l'existence d'un trouble ventilatoire obstructif. La non réversibilité de l'obstruction bronchique est définie par une augmentation du VEMS inférieure à 12 % de la valeur théorique et à 200 ml après bronchodilatateurs. Ces critères, utiles pour la définition des BCPO, sont cependant à distinguer de ceux exigés par les tableaux concernés.

Rien dans la présentation clinique, radiologique et fonctionnelle, ou dans l'évolution, ne permet de distinguer une BPCO professionnelle d'une BPCO post-tabagique.

Actuellement, 5 tableaux du régime général de la Sécurité sociale permettent la reconnaissance d'une BPCO en maladie professionnelle par présomption d'origine :

1. tableau n° 44 (emphysème associé à une sidérose, consécutif à l'inhalation de poussières minérales ou de fumées contenant des particules de fer ou d'oxyde de fer), avec signes tomodynamométriques ;
2. tableau n° 44 bis (emphysème consécutif au travail au fond dans les mines de fer) ;
3. tableau n° 90 (BPCO consécutive à l'inhalation de poussières textiles végétales, sous réserve de précession par des épisodes respiratoires obstructifs aigus) ;
4. tableau n° 91 (BPCO du mineur de charbon) ;
5. tableau n° 94 (BPCO du mineur de fer).

La sollicitation du CRRMP dans le cadre de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1 peut résulter de trois motifs, qui peuvent être diversement associés :

- un dépassement du délai de prise en charge (35 ans pour le tableau n° 44, 15 ans pour le tableau n° 44 bis, 5 ans pour le tableau n° 90, 10 ans pour les tableaux n° 91 et n° 94) ;
- une durée d'exposition insuffisante (10 ans pour les 5 tableaux concernés) ;
- une activité professionnelle étrangère à la liste limitative mentionnée au tableau (aux tableaux n° 44 bis, 90, 91, 94).

La sollicitation du CRRMP dans le cadre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 correspond aux BPCO dont le facteur de risque professionnel présumé ne figure dans aucun tableau.

Informations devant être rassemblées dans tous les cas (alinéa 3 ou 4 de l'article L. 461-1)

Dans tous les cas, il y a lieu de rassembler les données suivantes :

- la preuve de l'existence d'une BPCO. Ce diagnostic repose sur des arguments cliniques (symptômes de bronchite chronique, dyspnée d'effort) mais surtout sur le résultat d'explorations fonctionnelles respiratoires, correctement réalisées, prouvant l'existence d'un trouble ventilatoire obstructif non réversible ;
- une analyse complète du cursus professionnel, à la recherche du ou des facteurs de risque suspectés.

Dossiers relevant de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1

Il s'agit, dans ce cas, de préciser si la relation entre ce facteur de risque et la BPCO peut être considérée comme **directe** malgré :

- un dépassement du délai de prise en charge. La BPCO est une maladie insidieuse, longtemps bien tolérée et peu parlante cliniquement, dont le diagnostic est souvent fait tardivement si des explorations fonctionnelles respiratoires ne sont pas réalisées systématiquement pendant la période d'exposition professionnelle. La compatibilité avec une relation directe devrait pouvoir être considérée comme légitime dès lors que l'exposition aux facteurs de risque professionnels est bien documentée, avec une durée et/ou un niveau jugés suffisants ;

- une durée d'exposition inférieure à la durée minimale exigée dans le tableau. La relation directe sera d'autant plus plausible que l'écart avec la durée minimum mentionnée au tableau sera réduit, et que le niveau d'exposition estimé sera élevé. L'accès à des données métrologiques trouvera ici toute son importance ;

- une activité professionnelle étrangère à la liste du tableau. L'argument déterminant sera ici la caractérisation de l'exposition au cours de l'activité professionnelle exercée, tant en durée qu'en intensité. Il conviendra, comme ci-dessus, de ne pas méconnaître d'éventuels arguments métrologiques ;

- l'association de plusieurs des conditions du tableau n'est pas remplie. La décision devra tenir compte de l'importance de l'écart des conditions non vérifiées avec les prescriptions du tableau, et elle impliquera une exigence particulière quant aux conditions restantes.

Très souvent présent, le co-facteur tabagique ne saurait remettre en cause la reconnaissance d'une BPCO instruite dans le cadre de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1 : la relation directe que doit établir le CRRMP n'est conditionnée que par le caractère significatif ou non de l'exposition au facteur de risque professionnel incriminé, indépendamment du tabagisme associé ; la bonne connaissance des caractéristiques de l'exposition professionnelle, tant en durée qu'en intensité, est donc l'élément primordial.

Dossiers relevant de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1

Il s'agit, dans ce cas, d'établir s'il existe une relation **directe et essentielle** entre la nuisance suspectée et la BPCO identifiée. Dans tous les cas il faudra intégrer, dans l'élaboration de la conclusion, la part de risque attribuable aux facteurs de risque non professionnels dans l'analyse du dossier :

- la première précaution indispensable sera de vérifier les **critères scientifiques en faveur d'une relation établie entre le(s) facteur(s) de risque invoqué(s) et**

la BPCO. Les meilleurs critères épidémiologiques de causalité, adaptés à l'histoire naturelle de la BPCO, sont la mise en évidence d'un déclin accéléré du VEMS chez les sujets exposés ou, mieux encore, l'existence d'une relation dose-effet (entre le niveau d'exposition mesuré ou évalué, d'une part, et l'intensité du trouble ventilatoire obstructif (TVO) ou la rapidité de déclin du VEMS, d'autre part), ainsi que la concordance et la cohérence des données.

L'industrie minière, le bâtiment et les travaux publics, la fonderie et la sidérurgie, l'industrie textile, le milieu céréalier (ouvriers des silos), la production laitière et l'élevage des porcs en milieu confiné sont les secteurs professionnels pour lesquels l'existence d'une relation de causalité est la mieux établie. Les principales nuisances à l'origine des BPCO professionnelles sont la silice cristalline, les poussières de charbon, les poussières de coton, les poussières de céréales et les endotoxines bactériennes ;

- la démonstration chez l'assuré de **facteurs de risques professionnels** significatifs sera le second critère exigé. Outre la durée d'exposition, il est nécessaire d'obtenir des précisions concernant son intensité, notamment des données météorologiques si elles existent (concentration atmosphérique en poussières totales, en endotoxines, en gaz toxique...);

- l'estimation de la part **attribuable aux éventuels facteurs de risque extra-professionnels, et la vérification du caractère prépondérant du risque attribuable aux facteurs professionnels**, sera la troisième préoccupation systématique pour pouvoir établir la réalité de la relation directe et essentielle.

Le tabagisme actif est le principal facteur à prendre en considération. Il importe ici d'établir que le risque relatif lié au(x) facteur(s) professionnel(s) est prépondérant par rapport à celui du facteur de risque tabagique. L'évaluation quantitative du tabagisme cumulé de l'assuré doit donc être minutieuse pour permettre d'estimer le risque susceptible de lui être attribuable. Le risque attribuable lié au(x) facteur(s) de risque professionnel(s) sera déduit, quant à lui, de l'évaluation aussi précise que possible de l'exposition professionnelle à ce(s) facteur(s) de risque d'une part, et des données disponibles dans la littérature en matière de relation dose-effet d'autre part.

L'exposition passive à la fumée de tabac peut constituer le facteur de risque professionnel principal dans des dossiers soumis au CRRMP au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1. La reconnaissance d'une relation directe et essentielle suppose dans ce cas que l'exposition professionnelle soit particulièrement intense et prolongée, chez un sujet dont l'absence de tabagisme actif est confirmée par des sources suffisamment convaincantes, et pour lequel aucun autre facteur de risque n'a pu être identifié.

En plus du tabagisme actif, les consensus récents

sur les BPCO ont retenu les facteurs de risque suivants : le déficit en alpha 1 anti-trypsine, le tabagisme passif dans l'enfance et les infections respiratoires de l'enfance.

Cancers

Les cancers sont des affections multifactorielles où les facteurs de risque présents dans l'environnement professionnel et extra-professionnel se conjuguent avec des facteurs de susceptibilité individuelle, d'origine notamment génétique.

Les cancers liés à une nuisance rencontrée en milieu de travail ne comportent aucun caractère spécifique de leur étiologie professionnelle, même si leur cible anatomique est conditionnée par la nature de la nuisance en cause.

Surtout pour les tumeurs solides, ils se caractérisent par un temps, généralement long, écoulé entre le début de l'exposition aux risques cancérigènes et l'apparition de signes cliniques ou paracliniques permettant le diagnostic positif. L'exposition causale est souvent ancienne et peut avoir été ignorée. Ceci complique la détermination et la quantification de l'exposition présumée responsable.

La sollicitation du CRRMP dans le cadre de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1 peut résulter de trois motifs, qui peuvent être diversement associés :

- un dépassement du délai de prise en charge ;
- une durée d'exposition insuffisante, lorsqu'une durée minimum est exigée ;
- une activité professionnelle étrangère à la liste limitative mentionnée au tableau.

La sollicitation du CRRMP dans le cadre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 correspond aux maladies définies au paragraphe « *Les maladies visées au quatrième alinéa de l'article L. 461-1* » de la *Partie procédurale* (p. 13). Dans le cadre des cancers, cela correspond :

- aux cancers dont la définition (localisation anatomique et type histologique) ou le facteur de risque présumé ne sont mentionnés dans aucun tableau ;
- ou aux cancers dont la définition et le facteur de risque présumé sont mentionnés indépendamment dans l'un ou l'autre tableau tandis que leur association (définition + facteur de risque) n'est prévue dans aucun des tableaux existants.

Informations devant être rassemblées dans tous les cas (alinéa 3 ou 4 de l'article L. 461-1)

● Diagnostic précis du cancer

Ce diagnostic repose sur des arguments anatomopathologiques et il convient de disposer au moins d'un certificat médical indiquant sans ambiguïté le siège et le type anatomopathologique du cancer avec,

le cas échéant, les données immunohistochimiques nécessaires à l'identification de la lésion primitive. Dans la mesure du possible, on s'attachera à obtenir le compte rendu anatomopathologique du prélèvement qui a permis le diagnostic, avec le détail des données immunohistochimiques éventuelles.

● **Date de première constatation du cancer**

Il s'agit de la date du premier indice objectif de l'affection qui pourra n'être confirmée histologiquement qu'ultérieurement. Ces informations médicales peuvent être objectivées par tout moyen.

● **Analyse complète du cursus professionnel**

Cette analyse doit permettre la recherche du ou des facteurs de risque suspectés. Du fait du temps de latence, c'est-à-dire du temps écoulé entre le début de l'exposition aux risques cancérigènes et l'apparition de signes cliniques ou paracliniques permettant le diagnostic positif des cancers solides, l'attention se focalisera essentiellement sur les années antérieures aux 10 années précédant les premiers signes de l'affection. Une latence inférieure à 10 ans peut cependant être observée pour les leucémies liées aux expositions au benzène ou aux rayonnements ionisants.

Détermination du caractère cancérigène du risque

Le ou les cancérigènes professionnels suspectés peuvent appartenir aux agents physiques (rayonnements ionisants...), chimiques ou particuliers (vapeurs, aérosols, poussières, produits à pénétration transcutanée...), infectieux ou encore aux procédés industriels. Il conviendra de rechercher systématiquement à quelle catégorie de la classification de l'Union européenne (UE) ou à quel groupe de la classification du Centre international de recherche sur le cancer (CIRC / IARC, qui dépend de l'OMS) ils pourraient appartenir.

Plusieurs classifications des agents cancérigènes existent, notamment celles de l'UE et du CIRC. Elles permettent de classer des agents en fonction des connaissances sur leur pouvoir cancérigène chez l'homme au moment du classement.

La classification de l'UE, qui ne porte que sur des substances chimiques, sert de référence au niveau réglementaire (obligation d'information et d'étiquetage pour les fabricants et distributeurs, obligations pour l'employeur en matière de prévention). Elle distingue :

Les cancérigènes de catégorie 1 : substances et préparations que l'on sait être cancérigènes pour l'homme ;

Les cancérigènes de catégorie 2 : substances et préparations pour lesquelles il existe une forte présomption que l'exposition de l'homme à de telles substances et préparations peut provoquer un cancer ou en augmenter la fréquence ;

Les cancérigènes de catégorie 3 : substances et préparations préoccupantes pour l'homme en raison

d'effets cancérigènes possibles mais pour lesquelles les informations disponibles sont insuffisantes pour les classer dans la catégorie 2.

Il convient de souligner qu'au plus tard au 1^{er} décembre 2010, le règlement européen (CE) n° 1272/2008 sur la classification des substances chimiques viendra modifier la dénomination de ces catégories. Les catégories 1, 2 et 3 deviendront respectivement les catégories 1A, 1B et 2.

La classification du CIRC porte sur des agents (produits chimiques, agents biologiques, agents physiques), sur des situations d'exposition et sur certains procédés industriels. Celle-ci n'a pas de caractère réglementaire, mais dresse un état des lieux des connaissances sur le caractère cancérigène d'un agent donné. Ce classement distingue :

Groupe 1 : agent cancérigène pour l'homme ;

Groupe 2A : agent cancérigène probable pour l'homme ;

Groupe 2B : agent cancérigène possible pour l'homme ;

Groupe 3 : agent inclassable quant à sa cancérigénicité pour l'homme ;

Groupe 4 : agent probablement non cancérigène pour l'homme.

Détermination de la réalité de l'exposition à un risque cancérigène

La réalité de l'exposition pourra être établie à partir de différents documents, notamment les fiches d'exposition ou l'attestation d'exposition fournie par l'employeur et complétée par le médecin du travail. Cette attestation devra être systématiquement demandée à l'assuré.

Dans tous les cas, il conviendra d'étudier l'emploi par l'employé la probabilité d'exposition, la proportion du temps de travail concernée par l'exposition, l'estimation du niveau moyen d'exposition en précisant s'il s'agit d'un contact direct ou indirect, s'il y a eu mise en place d'équipements de protection collective et individuelle en appréciant leur efficacité. Cette expertise des emplois impliquera nécessairement la participation d'ingénieurs de prévention de l'organisme de Sécurité sociale concerné. Pour les expositions à l'amiante, elle pourra être aidée par le recours à une matrice emploi-exposition telle que la matrice EVALUTIL⁽⁸⁾.

En cas d'activité professionnelle susceptible d'avoir entraîné une exposition aux rayonnements ionisants, le relevé dosimétrique sera un élément déterminant à recueillir auprès de l'Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (IRSN). Si le relevé dosimétrique n'est pas complet, tout autre élément attestant de l'exposition pourra être pris en compte. En cas d'exposition à des nuisances chimiques ou particulières, il conviendra de rechercher systématiquement d'éventuelles données météorologiques ou tout indice biologique d'exposition pertinent qui pourrait être disponible. En cas

(8) Base de données sur l'évaluation des expositions professionnelles aux fibres EVALUTIL (<http://etudes.isped.u-bordeaux2.fr/evalutil003/accueil.aspx>).

d'exposition professionnelle à plusieurs facteurs de risque pour un même cancer déclaré, le CRRMP devra tenir compte de leur conjonction simultanée ou consécutive, pour établir si une relation directe et essentielle doit finalement être retenue entre l'histoire professionnelle de l'assuré et le cancer considéré.

L'existence dans les entreprises concernées de maladies professionnelles reconnues est un facteur à prendre en compte.

Dossiers relevant de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1

Dans ce cas, la question n'est pas de s'assurer du potentiel cancérigène de l'agent, pour lequel il existe un tableau pour la localisation tumorale déclarée. Il s'agit, en revanche, de préciser si la relation entre ce facteur de risque et l'affection cancéreuse peut être considérée comme directe malgré :

- un dépassement du délai de prise en charge. Compte tenu de l'incertitude scientifique attachée au délai d'apparition des cancers, la compatibilité avec une relation directe devrait pouvoir être considérée comme légitime même en cas de dépassement du délai de prise en charge, au moins pour les tumeurs solides, dès lors que l'exposition au cancérigène est bien documentée, avec une durée et/ou un niveau jugés suffisants ;

- une durée d'exposition inférieure à la durée minimale exigée dans le tableau. La relation directe sera d'autant plus plausible que l'écart avec la durée minimum mentionnée au tableau sera réduit, et que le niveau d'exposition estimé sera élevé. Pour les nuisances physiques, chimiques ou particulières, l'accès à des données métrologiques trouvera ici toute son importance. Lorsque des indicateurs biologiques d'exposition pertinents pourront être disponibles, ils guideront également puissamment la décision ;

- une activité professionnelle étrangère à la liste du tableau lorsque celle-ci est limitative. L'argument déterminant sera ici la caractérisation de l'exposition au cours de l'activité professionnelle exercée, tant en probabilité qu'en niveau et durée. Il sera utile de se référer aux niveaux d'exposition rencontrés dans les activités mentionnées au tableau et il conviendra, comme ci-dessus, de ne pas méconnaître d'éventuels arguments métrologiques et/ou biométrologiques pertinents.

- l'association de plusieurs de ces conditions. La décision devra tenir compte de l'importance de l'écart des conditions non vérifiées avec les prescriptions du tableau et elle impliquera une exigence particulière quant aux conditions restantes.

Dossiers relevant de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1

Il s'agit, dans ce cas, d'établir s'il existe une relation directe et essentielle entre une ou plusieurs nuisances et le cancer identifié. Dans tous les cas, il faudra inté-

grer, dans l'élaboration de l'avis, les niveaux de risque liés aux facteurs non professionnels.

Concernant le(s) facteur(s) de risque professionnel(s), plusieurs éventualités peuvent se présenter.

- **La nuisance appartient aux agents et procédés reconnus cancérigènes pour l'homme (catégorie 1 de la classification européenne et/ou groupe 1 du CIRC).**

Il se peut que l'agent incriminé appartienne aux agents mentionnés dans les tableaux mais que le type de cancer déclaré ne figure pas parmi les maladies désignées par ceux-ci. Dans ce cas, l'analyse de la littérature médicale devra vérifier la plausibilité de la relation entre l'exposition à cet agent et le type de cancer déclaré. Les arguments de l'épidémiologie humaine seront au premier plan et il sera tenu compte des critères de Bradford Hill [27] qui comportent 9 éléments⁽⁹⁾. Il sera fait de même à propos des facteurs de risque extra-professionnels éventuels. Enfin, l'existence de relations synergiques entre les facteurs de risque professionnel(s) et extra-professionnel(s) sera recherchée. L'estimation des niveaux d'exposition aux facteurs de risque professionnels et extra-professionnels sera un élément déterminant dans l'élaboration de la conclusion.

Il se peut que l'agent incriminé ne soit mentionné dans aucun tableau mais que sa responsabilité soit clairement établie vis-à-vis du type de cancer considéré. La caractérisation précise de l'exposition professionnelle sera dans ce cas le critère fondamental de la décision qui devra, là encore, tenir compte du risque attribuable à d'éventuels facteurs de risque extra-professionnels.

Le cas des procédés industriels reconnus cancérigènes pour l'homme au CIRC dans le groupe 1 recouvre des situations diverses qui sont susceptibles d'être soumises au CRRMP au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1 : métier de peintre, industrie du caoutchouc, fabrication et réparation de chaussures...

L'avis doit aussi prendre en compte les conditions précises dans lesquelles le demandeur a été concerné : aspects chronologiques, analyse des nuisances et des conditions d'exposition.

- **La nuisance appartient aux agents et procédés des catégories 2 ou 3 de la classification européenne ou des groupes 2A et 2B du CIRC.**

La première précaution indispensable sera de vérifier les critères scientifiques en faveur d'une relation établie entre le(s) facteur(s) de risque invoqué(s) et le type du cancer déclaré : les critères de Bradford Hill trouvent ici également leur place, et notamment la confirmation reproductible d'une relation significative dans les études épidémiologiques humaines, *a fortiori* dans des conditions d'expositions comparables à celle du cas examiné.

La démonstration chez l'assuré d'une exposition professionnelle significative au(x) cancérigène(s)

(9) Les critères de Hill sont les suivants : force de l'association, constance, spécificité, cohérence chronologique, relation dose-réponse, plausibilité, cohérence, preuves expérimentales, analogies structurales.

suspecté(s), en durée et en intensité, sera le second critère exigé.

Un temps de latence conforme aux connaissances acquises sera également vérifié.

L'estimation du degré de probabilité de l'origine extra-professionnelle de la maladie et la vérification du caractère prépondérant du risque attribuable aux facteurs professionnels seront enfin une préoccupation systématique pour pouvoir établir la réalité de la relation directe et essentielle.

● **La nuisance n'appartient ni aux agents des groupes 1, 2 ou 3 de la classification européenne, ni aux groupes 1, 2A ou 2B du CIRC.**

Le comité devra dans ce cas être très circonspect et ne pourrait retenir un lien direct et essentiel que dans les cas exceptionnels où les conditions suivantes seraient réunies :

a) La confirmation scientifique, d'une relation significative entre le(s) cancérigène(s) suspecté(s) et le type de cancer déclaré, ce qui suppose notamment :

- un mécanisme physiopathologique cohérent ;
- le caractère reproductible de la relation, dans un faisceau convaincant d'études épidémiologiques comportant un ajustement sur les principaux facteurs de confusion ;

- une association statistique de niveau suffisamment fort, avec si possible la démonstration d'une relation dose-effet significative.

b) La démonstration chez l'assuré d'une exposition professionnelle significative au(x) cancérigène(s) suspecté(s), en durée et en intensité.

c) Un temps de latence conforme aux connaissances acquises.

d) La confirmation du caractère prépondérant des facteurs de risque professionnels par rapport aux autres facteurs de risque, systématiquement recherchés.

Il n'est pas rare enfin que la question posée soit celle de la relation éventuelle entre un cancer et l'exercice d'une profession, sans qu'une nuisance précise soit d'emblée évoquée. Il conviendra alors, avec l'aide de l'ingénieur-conseil, de rechercher, pour chaque emploi occupé par l'assuré, l'exposition à un ou des facteurs de risque pour le cancer considéré. Selon la ou les nuisances identifiées, le CRRMP se retrouvera ainsi confronté à l'une et/ou l'autre des éventualités qui précèdent.

Cas particulier des cancers broncho-pulmonaires

Ne sont évoquées ici que les considérations spécifiques à cette localisation cancéreuse, non développées dans le paragraphe consacré aux affections cancéreuses en général.

● **Le diagnostic du cancer broncho-pulmonaire**

Le CRRMP n'est concerné que par les cancers

broncho-pulmonaires primitifs, quel qu'en soit le type histologique. La reconnaissance d'une métastase ou de l'extension pulmonaire d'un cancer professionnel de localisation primitive indépendante est à considérer comme complication de la localisation initiale.

En cas de doute sur la nature primitive ou secondaire du cancer, les résultats des techniques immunohistochimiques pertinentes seront exigés. Si aucune ne permet d'emporter la conviction, la nature primitive de la lésion pourra néanmoins être retenue en fonction du contexte clinique.

La connaissance du type anatomopathologique du cancer, à partir de prélèvements biopsiques ou le cas échéant cytologiques significatifs, doit être la règle. La reconnaissance d'un cancer broncho-pulmonaire sans signature histo-cytologique doit se limiter au cas exceptionnel où le tableau clinique, endoscopique, radiologique et évolutif est hautement évocateur, chez un patient pour lequel la biopsie ne peut ou n'a pu être effectuée.

● **Le facteur tabagique**

Très souvent présent, le co-facteur tabagique ne saurait remettre en cause la reconnaissance d'un cancer broncho-pulmonaire instruit dans le cadre de l'alinéa 3 de l'article L. 461-1 : la relation directe que doit établir le CRRMP n'est conditionnée que par le caractère significatif ou non de l'exposition au cancérigène professionnel incriminé, indépendamment du tabagisme associé ; la bonne connaissance des caractéristiques de l'exposition professionnelle, tant en latence qu'en niveau, est donc l'élément primordial.

Il en va autrement dans les dossiers instruits au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1. Il importe ici d'établir que le degré de probabilité de l'origine professionnelle de la maladie est prépondérant par rapport à celui de l'origine tabagique. L'évaluation quantitative du tabagisme cumulé de l'assuré doit permettre d'estimer la probabilité susceptible de lui être attribuable. La probabilité attribuable au(x) facteur(s) de risque professionnel(s) sera estimée, quant à elle, à partir de l'évaluation aussi précise que possible de l'exposition professionnelle à ce(s) facteur(s) de risque d'une part, et des données disponibles dans la littérature en matière de relation dose-effet pour ce(s) facteur(s) de risque d'autre part.

L'exposition passive à la fumée de tabac peut constituer le facteur de risque professionnel principal, dans des dossiers soumis au CRRMP au titre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1. La reconnaissance d'une relation directe et essentielle suppose que l'exposition professionnelle soit particulièrement intense et prolongée, chez un sujet dont l'absence de tabagisme actif significatif est confirmée par des sources suffisamment probantes, et pour lequel aucun autre facteur de risque plus convaincant n'a pu être identifié.

● *Le cas particulier de l'amiante*

Toutes les fibres d'amiante, serpentines ou amphiboles, sont susceptibles de favoriser le développement d'un cancer broncho-pulmonaire.

Il est rare de disposer de données métrologiques spécifiques des expositions subies par l'assuré. C'est alors l'expertise des emplois successifs, réalisée *a posteriori*, qui permettra d'estimer l'exposition cumulée de façon semi-quantitative. Le recours à la matrice emploi-exposition EVALUTIL⁽⁷⁾ pourra aider à situer la probabilité et le niveau d'exposition de certaines situations de travail. Il peut arriver que l'analyse détaillée de l'ensemble de la carrière professionnelle de l'assuré ne permette ni de confirmer ni d'exclure l'éventualité d'une exposition professionnelle significative à l'amiante. C'est dans ce cas que l'analyse minéralogique de prélèvements biologiques trouve son intérêt : la présence d'un corps asbestosique dans l'expectoration recueillie 3 jours de suite ou l'identification d'au moins un corps asbestosique / ml dans le lavage alvéolaire sont des arguments en faveur d'une exposition significative, en pratique généralement professionnelle. La négativité de ces examens n'exclut nullement la possibilité d'une exposition professionnelle éventuellement élevée à l'amiante notamment chrysotile. L'idéal est de pouvoir disposer d'un échantillon de parenchyme pulmonaire pour une recherche de corps asbestosiques : la présence de plus de 1 000 corps asbestosiques par gramme de tissu sec est le reflet d'une rétention pulmonaire élevée et donc d'une exposition à l'amiante clairement anormale par rapport à celle de la population générale. La négativité de cette détermination doit conduire à vérifier la rétention pulmonaire en fibres nues d'amiante par microscopie électronique ; des valeurs de référence sont disponibles pour les différents types d'amiante et permettent de confirmer la réalité d'une exposition significative, en pratique professionnelle. La négativité de ces recherches ne permet cependant pas d'exclure une exposition professionnelle éventuellement forte, notamment lorsqu'il s'agissait d'amiante chrysotile.

En cas d'incertitude quant à la réalité de l'exposition professionnelle à l'amiante chez un assuré qui a bénéficié d'une exérèse chirurgicale de sa tumeur, le CRRMP pourra demander qu'un laboratoire spécialisé procède à ces analyses minéralogiques sur un échantillon de la pièce d'exérèse conservée après le diagnostic.

Cas particulier du mésothéliome malin

Étant donnée la difficulté du diagnostic anatomopathologique de ce cancer, il y a lieu de vérifier que le diagnostic a bien été validé par le Collège national d'anatomopathologistes spécialisés dans le mésothéliome (Mésopath) en cas de doute sur le résultat de l'examen anatomopathologique de première intention. À l'inverse, lorsqu'aucun prélèvement anatomopathologique n'a pu être obtenu, il peut arriver que le diag-

nostic de mésothéliome ait été retenu dans des cas exceptionnels où les arguments cliniques, évolutifs, iconographiques ont été considérés comme suffisamment convaincants.

Sauf lorsqu'il est de localisation inhabituelle (vaginale, testiculaire par exemple) et qu'il entre alors dans le cadre de l'alinéa 4 de l'article L. 461-1, ce cancer est soumis au CRRMP au titre de l'alinéa 3 de ce même article en raison du dépassement du délai de prise en charge. À noter que pour les « autres tumeurs pleurales primitives » du tableau n° 30 du régime général, il est également exigé une durée d'exposition au risque supérieure ou égale à 5 années.

Il s'agit du cancer le plus étroitement lié aux expositions à l'amiante, mais même s'il est le plus souvent en rapport avec des expositions professionnelles, il peut aussi résulter d'expositions para-professionnelles, environnementales ou domestiques.

L'interrogatoire professionnel conserve donc ici toute sa valeur ; il s'intéressera aux expositions les plus anciennes, compte tenu de la longue latence de survenue de ce cancer.

Aucun argument scientifique solide ne permet de récuser la relation directe entre une exposition interrompue depuis plus de 40 ans (délai de prise en charge prévu au tableau) et la survenue d'un mésothéliome malin.

De même un excès significatif de risque de mésothéliome a été démontré pour des doses cumulées n'excédant pas 0,5 fibre / ml x années, et un lien direct entre l'exposition et la pathologie est plausible dès lors qu'une exposition professionnelle à l'amiante, même de faible niveau, a pu être documentée.

Affections d'origine psychique

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

Les affections en relation avec un événement ponctuel pouvant être qualifié d'accidentel, sous forme de névrose post-traumatique ou de stress post-traumatique (codes F 43.0 et F 43.1 de la classification internationale des maladies 10^e révision de l'OMS), relèvent en général de la prise en charge comme accident du travail [28], quoique des situations frontières entre accident et maladie puissent exister.

Des affections d'origine psychique peuvent être liées aux conditions habituelles de travail.

Il peut s'agir :

- de troubles anxieux ou dépressifs généralisés (F 32.0, F 32.1, F 32.2, F 41.1) ;
- de troubles névrotiques liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F 45.1, F 45.3, F 45.4) ;

(7) Cf. note p. 26.

- d'épuisement physique et psychique (Z 73.0).
Ces tableaux cliniques peuvent être associés.

Les comités doivent disposer, pour statuer, d'informations suffisantes sur la maladie et sur la ou les nuisances.

Caractérisation des maladies

En ce qui concerne la maladie, les comités pourront s'appuyer sur des avis médicaux spécialisés qui donneront des informations sur d'éventuels antécédents psychiatriques et qui préciseront le diagnostic de la maladie dont souffre le demandeur. La sémiologie du syndrome anxio-dépressif en relation avec des conditions de travail délétères est maintenant bien décrite. Les comités doivent pouvoir disposer, dans ces dossiers délicats, d'observations médicales détaillées comportant des informations sur le début des symptômes et sur les phases successives de la maladie, sur sa durée, son évolution, les soins prodigués et les séquelles. La description chronologique de la maladie doit pouvoir être mise en regard de la description chronologique de la ou des nuisances. Il convient d'écarter de la prise en charge les psychoses caractérisées préexistantes.

Il est indispensable aux membres du comité de pouvoir connaître le diagnostic positif précis de la maladie et les diagnostics différentiels écartés pour pouvoir établir un diagnostic étiologique.

Les nuisances

La maladie qui est susceptible d'être professionnelle doit être en relation directe et essentielle avec les conditions habituelles de travail. Le rôle du comité est donc de déterminer si les conditions de travail habituelles sont délétères pour la santé mentale du patient.

Le dossier doit contenir des pièces permettant au comité de statuer : rapport du médecin conseil, avis du médecin du travail, avis de l'employeur, faits établis et

éléments recueillis par les agents des organismes de Sécurité sociale chargés des enquêtes, avec leurs conclusions. Le comité devra également tenir compte de toutes autres données disponibles telles que notamment les données fournies par les parties ainsi que les enquêtes et observations des institutions représentatives du personnel.

Il est nécessaire que les comités puissent repérer les différentes causes possibles de souffrance. Juger du caractère pathogène des conditions de travail est délicat et doit reposer sur des arguments aussi peu subjectifs que possible.

Il peut s'agir :

- des modalités d'organisation du travail : organisation de l'entreprise et ses changements, travail prescrit et réel du salarié et ses changements (poste, moyens matériels, procédures, autonomie dans le travail...) ;
- de relations interpersonnelles avec les autres membres de l'entreprise qu'il s'agisse de la hiérarchie ou des collègues de travail, avec éventuellement des personnalités pathologiques au comportement violent ou à propos de conflit de valeurs, conflit d'objectifs... ;
- de conditions de travail par nature éprouvantes.

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

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

Bibliographie

- [1] Guide destiné aux Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles institués par la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993. Ministère du Travail TE 39. *Doc Méd Trav.* 1994 ; 57 : 49-55.
- [2] Circulaire CNAMTS-DRP n°22/2001 - ENSM n° 29/2001 du 2 août 2001 relative au rôle de l'ingénieur-conseil en chef du service de prévention dans les comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles. Paris : CNAMTS ; 2001 : 4 p.
- [3] Cour de cassation. Chambre civile 2 ; 9 mars 2006. N° de pourvoi : 04-30408.
- [4] Musculoskeletal Disorders and the Workplace. Low Back and Upper Extremities. Washington : National Academy Press ; 2001 : 512 p.
- [5] Cour de cassation. Chambre sociale ; 19 décembre 2002. N° de pourvoi : 00-13097.
- [6] **LECLERC A, TOURANCHET A, RONDEAU DU NOYER C, GOURNAY M ET AL.** - Le rôle des facteurs hormonaux dans le syndrome du canal carpien chez la femme. À propos de 121 cas, dans une enquête réalisée par 39 médecins du travail. *Arch Mal Prof.* 1998 ; 59 (1) : 30-31.
- [7] Sécurité des machines. Performance physique humaine. Partie 1 : Termes et définitions. Norme française homologuée NF EN 1005-1 + A1. Décembre 2008. Indice de classement X 35-106-1. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2008 : 17 p.
- [8] Sécurité des machines. Performance physique humaine. Partie 2 : Manutention manuelle de machines et d'éléments de machines. Norme française homologuée NF EN 1005-2 + A1. Novembre 2008. Indice de classement X 35-106-2. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2008 : 31 p.
- [9] Sécurité des machines. Performance physique humaine. Partie 3 : Limites des forces recommandées pour l'utilisation de machines. Norme française homologuée NF EN 1005-3 + A1. Novembre 2008. Indice de classement X 35-106-3. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2008 : 27 p.
- [10] Sécurité des machines. Performance physique humaine. Partie 4 : Évaluation des postures et mouvements lors du travail en relation avec les machines. Norme française homologuée NF EN 1005-4 + A1. Novembre 2008. Indice de classement X 35-106-4. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2008 : 23 p.
- [11] Sécurité des machines. Performance physique humaine. Partie 5 : Appréciation du risque relatif à la manutention répétitive à fréquence élevée. Norme française homologuée NF EN 1005-5. Mai 2007. Indice de classement X 35-106-5. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2007 : 76 p.
- [12] **ROQUELAURE Y, MARIEL J, DANO C, LECLERC C ET AL.** - Surveillance program of neck and upper limb musculoskeletal disorders: assessment over a 4 year period in a large company. *Ann Occup Hyg.* 2004 ; 48 (7) : 635-42.
- [13] **DESCATHA A, ROQUELAURE Y, CAROLY S, EVANOFF B ET AL.** - Self-administered questionnaire and direct observation by checklist comparing two methods for physical exposure surveillance in a highly repetitive tasks plant. *Appl Ergon.* 2009 ; 40 (2) : 194-98.
- [14] **MALCHAIRE J, ROQUELAURE Y, COCK N, CHIRON H ET AL.** - Variabilité inter et intra-individuelle du geste professionnel. Rapport de fin de recherche INRS n° 5972921. Paris : INRS ; 1997 : 43 p. (non publié).
- [15] **BOUISSET S, MATON B** - Muscles, posture et mouvement. Bases et applications de la méthode électromyographique. Paris : Hermann ; 1995 : 735 p.
- [16] **SLUITER JK; REST KM; FRINGS-DRESEN MH** - Criteria document for evaluating the work-relatedness of upper-extremity musculoskeletal disorders. *Scand J Work Environ Health.* 2001 ; 27 (Suppl 1) : 1-102.
- [17] **McATAMNEY L, NIGEL CORLETT E** - RULA: a survey method for the investigation of work-related upper limb disorders. *Appl Ergon.* 1993 ; 24 (2) : 91-99.
- [18] Vibrations et chocs mécaniques. Évaluation de l'exposition des individus à des vibrations globales du corps. Partie 1 : spécifications générales. Norme internationale ISO 2631-1:1997. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 1997 : 31 p.
- [19] Vibrations et chocs mécaniques - Évaluation de l'exposition des individus à des vibrations globales du corps - Partie 2 : vibrations dans les bâtiments (1 Hz à 80 Hz). Norme internationale ISO 2631-2:2003. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2003 : 11 p.
- [20] Vibrations et chocs mécaniques - Évaluation de l'exposition des individus à des vibrations globales du corps - Partie 4 : lignes directrices pour l'évaluation des effets des vibrations et du mouvement de rotation sur le confort des passagers et du personnel dans les systèmes de transport guidé. Norme internationale ISO 2631-4:2001. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2001 : 9 p.
- [21] Vibrations et chocs mécaniques - Évaluation de l'exposition des individus à des vibrations globales du corps - Partie 5 : méthode d'évaluation des vibrations contenant des chocs répétés. Norme internationale ISO 2631-5:2004. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2004 : 22 p.
- [22] Manutention manuelle de charge pour soulever, déplacer et pousser/tirer. Méthodologie d'analyse et valeurs seuils. Norme française homologuée NF X 35-109. Décembre 2009. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2009 : 17 p.
- [23] Ergonomie. Manutention manuelle. Partie 1 : Manutention verticale et manutention horizontale. Norme internationale ISO 11228-1. Mai 2003. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2003 : 31 p.
- [24] Ergonomie. Manutention manuelle. Partie 2 : Actions de pousser et de tirer. Norme française homologuée NF ISO 11228-2. Novembre 2007. Indice de classement X 35-110-2. La Plaine Saint-Denis : AFNOR ; 2007 : 71 p.
- [25] Transport manuel des charges. Limites pratiques permettant de prévenir les risques dus aux manutentions manuelles. Recommandation R 344. Paris : INRS ; 1991 : 3 p.
- [26] Acoustique. Évaluation de l'exposition au bruit en milieu professionnel et estimation du déficit auditif, induit par le bruit, de populations exposées. Norme française homologuée NF S 31-013. Paris-La Défense : AFNOR ; 1985 : 29 p.
- [27] **HILL AB** - The environment and disease: association or causation? *Proc R Soc Med.* 1965 ; 58 : 295-300.
- [28] Circulaire CNAMTS DRP n° 37/99 - ENSM n° 40/99 du 10 décembre 1999 relative à la prise en charge des traumatismes psychologiques au titre du risque professionnel. Paris : CNAMTS ; 1999 : 4 p.