

Espace MEDECIN DU TRAVAIL numéro 7

janvier février mars 1998

SOMMAIRE

EDITORIAL

RAPPORT DENIEL

ACCES DES MEDECINS DU TRAVAIL AU CARNET DE SANTE ELECTRONIQUE

MEDECINE DU TRAVAIL EN TUNISIE

REMUNERATIONS CONVENTIONNELLES 1998

AFNOR

L'espace du Médecin du Travail, revue trimestrielle
du SYNDICAT GENERAL DES MEDECINS DU TRAVAIL "SGMT"
DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

Bernard Salengro

COMITÉ DE LECTURE

Claudine Casagrande, Martine Delherm, Henri Kirstetter,

Jean Noeuvéglise, Patrice Fortin

RÉDACTION

"L'espace du Médecin du Travail"

SGMT, 39, rue Victor Massé - 75009 Paris

Tél. : 01 48 78 80 41

Fax : 01 40 82 98 95

Les articles publiés dans le cadre des Tribunes Libres ne sont
en aucun cas l'expression officielle du Syndicat et n'engagent que
la responsabilité de leurs auteurs.

Ils sont les témoins du dialogue que nous voulons créer de manière
permanente avec nos lecteurs.

EDITORIAL

En vrac :

T'as pas 1 franc ? Le 19 décembre 97, les partenaires sociaux se sont rencontrés pour constater les augmentations salariales conventionnelles applicables en 1998. Pour les médecins, et conformément à l'avenant médecin de la convention collective, après de savants calculs (je prends le salaire médian des cadres déterminé par l'AGIRC, j'enlève le glissement vieillesse technicité, je n'enlève pas les augmentations ponctuelles des cadres : primes, intéressement, . . . et je me fous de l'augmentation de l'indice des prix ou de l'inflation), l'augmentation pour le coefficient 1 est de 1 franc ! Ce n'est pas de l'aumône, c'est pire que du mépris. Cela montre que nous avons eu raison de ne pas signer l'avenant médecin du travail de la convention collective : le mode de calcul de l'augmentation des salaires est stupide. Soyez certains que nous participons très activement aux discussions avec le CISME. L'attentisme général du patronat en raison, dit-il, de l'illisibilité de la politique gouvernementale au sujet des 35 heures n'est pas recevable. Bref, le patronat garde du grain à moudre, à nous d'être présents et mobilisés pour en définir la mouture !

Les sous de la SECU La branche AT/MP doit reverser au régime général non un trop perçu mais un pas assez coûté. Le rapport DENIEL est livré dans ce numéro à la sagacité de votre jugement.

Génétique et INRS Que de bruit notre intervention, et l'article d'"espace MEDECIN DU TRAVAIL" ont fait ! D'accord, l'axe de recherche est accepté, mais . . . Nous persistons : même si la Commission a donné son feu vert, nous pensons que ce n'est pas à l'INRS à prendre en charge ces recherches, et que les résultats de ces études sont à prendre avec d'immenses et sages précautions.

Carnet de santé : On n'a pas totalement gagné, mais on a embêté tout le monde et on est invité à toutes les réunions Certes, les procès engagés n'ont pas été gagnés, mais la médiatisation de notre mécontentement, le bruit de nos actions dans les couloirs et bureaux du Ministère ont permis de supprimer le paragraphe infamant de la nouvelle impression du carnet de santé, et notre grogne nous a ouvert les portes des instances chargées de mettre au point les futures cartes de santé : votre participation à cette réflexion sera la bienvenue.

Strasbourg Il est indispensable que nous participions très activement à ces 25^e journées, un des thèmes étant " le médecin du travail et l'équipe de santé au travail conseillers des petites et moyennes entreprises ". L'équipe des médecins alsaciens prépare une fête le soir du mercredi 24 juin : vous serez tous les bienvenus, syndiqués ou non : merci d'avertir la rédaction de votre présence.

Formation Nous avons pu convaincre Monsieur KOUCHNER et ses services du bien fondé de nos propositions quant à la formation initiale des médecins du travail. Notre action se mène actuellement auprès du Ministre de l'Education nationale, le frein majeur étant la position des Universitaires. Le nombre d'internes formés serait porté à 225. Reste la formation des médecins non diplômés en exercice, et la formation continue.

Médecine du travail, les réformes 1998 sont annoncées Les conclusions du rapport Signouret vont être appliquées : une heure par mois pour 17 salariés (exit des E, O et SMP) soit 2700 salariés par plein temps, introduction de la pluridisciplinarité (on parle d'hygiénistes mis sous la responsabilité des médecins du travail) et aussi renforcement des pouvoirs de la commission de contrôle sur les orientations de la formation continue et sur les modalités de changement d'entreprise pour un médecin. La réalisation de fiches d'entreprise simplifiées pour les entreprises de moins de dix salariés, la détermination des attributions des médecins coordinateurs, la définition des postes à risque pour les intérimaires font partie de la liste non limitative des projets ministériels. A suivre de très près, et à discuter ferme ! Plus que jamais nous avons à nous serrer les coudes : votre avis doit être représenté, et c'est l'intérêt d'appartenir à un syndicat membre d'une confédération siégeant dans les instances où tout se décide.

PA

RAPPORT DENIEL

Le 14 avril 1997, J. BARROT, Ministre du Travail et des Affaires sociales et H. GAYMARD, Secrétaire d'Etat à la Santé et à la Sécurité Sociale, demandent à P. JOXE, Premier Président de la Cour des Comptes, de mettre en place, conformément à la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, une commission présidée par un magistrat à la Cour des Comptes afin d'étudier les modalités de calcul d'un versement annuel de la branche accidents du travail-maladies professionnelles a la branche maladie du régime général.

Cette commission, présidée par Alain DENIEL, Conseiller Maître à la Cour des Comptes, a rendu son rapport le 9 octobre 1997 à Madame Martine AUBRY, Ministre de l'emploi et de la Solidarité.

Intéressés et doublement concernés en tant que médecins du travail et citoyens, il nous semble utile de livrer ce rapport à votre connaissance :

COMMISSION INSTITUTEE PAR L'ARTICLE 30 DE LA LOI N° 96-1160 du 27 DECEMBRE 1996, *Dite Commission DENIEL*

INTRODUCTION

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 institue, à la charge de la branche accidents du travail-maladies professionnelles, au profit de la branche maladie-maternité-invalidité-décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des affections non prises en charge, c'est-à-dire au titre tant des accidents du travail que des maladies professionnelles.

Pour 1997, ce versement est fixé à titre provisionnel à un milliard de francs.

Le principe de ce reversement figurait déjà dans l'ordonnance du 24 janvier 1996, mais il n'avait pu entrer en vigueur faute d'accord entre la CNAMTS et la Direction de la Sécurité Sociale sur ce montant forfaitaire : pour la CNAMTS, il s'agissait des seules dépenses entraînées par la maladie professionnelle avant sa déclaration, qu'elle évaluait à 1 500 F. Pour la DSS, il s'agissait de prendre en compte l'ensemble des maladies professionnelles non reconnues, dont elle chiffrait à 110 000 F par an et par maladie le coût moyen annuel de traitement.

Plusieurs arguments peuvent justifier ce versement, tous tirés de l'idée selon laquelle la branche maladie supporte des frais résultant de maladies professionnelles non déclarées ou bien non prises en compte par la branche AT/MP pour les raisons suivantes :

- décalage persistant du système des tableaux de maladies professionnelles par rapport à la réalité des pathologies
- difficultés de reconnaissance rétroactive de maladies professionnelles à très longs délais de latence. illustrées par le cas des maladies de l'amiante :
- montée en charge limitée du système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles institué par la loi du 27 janvier 1993
- reconnaissance tardive (au moment de la retraite) ou absence de reconnaissance de la maladie professionnelle.

Les modalités de calcul de ce versement doivent être fixées par décret pris après avis d'une Commission présidée par un magistrat à la Cour des Comptes, et concertation avec la Commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Cette Commission, qui a commencé ses travaux en mai 1997, s'est donc attachée à préciser le cadre juridique et financier des maladies professionnelles. Les auditions de personnalités qualifiées auxquelles elle a procédé l'ont convaincue que l'intégralité des dépenses résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles ne pesait pas sur la seule branche AT/MP.

LE REGIME JURIDIQUE DES ACCIDENTS DU TRAVAIL ET DES MALADIES PROFESSIONNELLES

Une maladie est dite *professionnelle* si elle est la conséquence directe de l'exposition d'un travailleur à un risque physique, chimique, biologique ou résulte des conditions dans lesquelles il exerce son activité professionnelle.

A la différence de l'accident du travail, où la preuve de la relation entre le dommage corporel subi et le fait qui l'a provoqué est le plus souvent facile à apporter, une maladie professionnelle est la conséquence de l'exposition plus ou moins prolongée à un risque qui existe lors de l'exercice direct de la profession. Il est presque toujours impossible de fixer exactement le point de départ de la maladie, qui peut ne se manifester que très longtemps après le début de l'exposition au risque et même alors que le travailleur a cessé d'exercer le travail incriminé, voire a cessé toute activité professionnelle et est déjà en retraite.

Une autre différence importante entre AT et MP réside dans l'auteur de la déclaration : dans le cas des AT, elle doit être effectuée par l'employeur, alors que dans le cas des MP c'est la victime elle-même qui doit adresser sa déclaration à la Caisse primaire, accompagnée d'un certificat médical initial.

Le droit à réparation se fonde sur des critères médicaux et techniques de probabilité et sur des critères administratifs de présomption.

Le législateur a établi un certain nombre de conditions médicales, techniques et administratives qui *doivent obligatoirement être remplies* pour qu'une maladie puisse être légalement reconnue comme maladie professionnelle et indemnisée comme telle.

Aux termes de la loi de 1919, une maladie est reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la sécurité sociale. Ces tableaux sont créés et modifiés par décret, après avis du Conseil supérieur de prévention des risques professionnels.

Chaque tableau comporte :

- Les symptômes ou lésions que doit présenter le malade (liste limitative)
- Le délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la cessation de l'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie. Ce délai peut varier de 7 jours pour une conjonctivite à 50 ans pour un sarcome osseux
- Les travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause, dont la liste, limitative ou indicative, figure sur le tableau

Toute affection qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans les tableaux est systématiquement "présumée" d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve.

Ce système des tableaux présente cependant une double limite, en excluant :

- les maladies non inscrites dans un tableau
- celles pour lesquelles toutes les conditions médico-légales définies dans le tableau n'étaient pas réunies.

C'est la raison pour laquelle la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 a institué une procédure complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles :

- une maladie inscrite dans un tableau, mais pour laquelle une ou plusieurs des conditions n'est pas remplie, peut être reconnue d'origine professionnelle s'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime,
- une maladie non inscrite dans un tableau peut être reconnue d'origine professionnelle si elle est directement et essentiellement imputable à l'activité professionnelle habituelle de la victime et entraîne son décès ou une incapacité permanente d'au moins 66,66 % ; dans ce cas il n'y a pas non plus de présomption d'origine. Le dossier présenté au Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles doit permettre d'apprécier l'existence d'un lien direct et essentiel entre l'activité professionnelle habituelle et la maladie.

LA COMMISSION A AUDITIONNE DES PERSONNALITES QUALIFIEES AFIN DE VERIFIER L'EXISTENCE DE CHARGES INDUES PESANT SUR LA BRANCHE MALADIE ET DE TENTER D'EN CHIFFRER LE MONTANT

Les personnalités auditionnées : experts médicaux des pathologies professionnelles, personnalités qualifiées, acteurs médico-administratifs de la CNAM et des services du ministère du Travail, partenaires sociaux, ont convaincu la commission que la branche AT/MP ne supporte probablement pas l'intégralité des dépenses résultant des AT et MP, et cela pour plusieurs raisons :

1. délais d'élaboration ou de modification des tableaux

Lorsque la maladie est prise en charge au titre d'un nouveau tableau ou d'une modification d'un tableau, alors qu'elle a été constatée médicalement avant la parution du tableau, les prestations servies au titre du risque AT/MP et selon les modalités prévues au livre IV du Code de la sécurité sociale ne se substituent aux prestations de l'assurance maladie qu'à la date d'entrée en vigueur du nouveau tableau.

Le délai d'établissement du tableau 30 bis (cancer broncho-pulmonaire de l'amiante) a été de 1 an et 7 mois, celui de la broncho-pneumopathie chronique obstructive du mineur de fer (tableau 94) de 1 an et 2 mois, celui des affections périarticulaires (tableau 57) de 2 ans et 2 mois, celui des affections consécutives à l'inhalation de fumées ou de poussières d'oxyde de fer (tableau 44) de 3 ans.

Un tableau des lombalgies professionnelles fait l'objet de discussions depuis 1988...

2. Pour des raisons résultant du système d'indemnisation

Certaines pathologies reconnues comme professionnelles ne sont pas prises en charge par la branche AT/MP. C'est le cas des pneumoconioses : pour des raisons historiques tenant au régime spécifique des Mines dont relevaient autrefois le plus souvent les victimes de ce type de maladie, la réparation des pneumoconioses professionnelles relève de la branche Maladie et obéit à un régime particulier qui l'exclut, sauf certains cas expressément énumérés, des prestations du risque AT MP

Par ailleurs, le mode de réparation forfaitaire et la procédure de fixation du taux d'IPP conduisent à la fixation de rentes d'un faible montant : l'invalidité de la branche maladie peut être plus avantageuse que la rente AT MP en cas d'incapacité permanente modérée : pour un assuré âgé de 50 ans et difficile à reclasser atteint d'une lombosciatalgie, il est plus avantageux sur le plan de la couverture sociale qu'il bénéficie d'une pension d'invalidité de 2ème catégorie que d'une rente d'IPP de 25 %.

Il revient en effet aux seuls médecins-conseils de fixer le taux d'IPP : ces derniers disposent de barèmes indicatifs, mais se fondent le plus souvent sur des considérations purement médicales, sans tenir compte des conséquences économiques et financières pour la victime de sa perte de capacité de gain.

3. Pour des raisons tenant à la comptabilité des établissements soumis à la dotation globale

La transmission tardive aux caisses d'affiliation des informations concernant les hospitalisations est source d'erreurs d'imputation, les services de l'hôpital ne connaissant fréquemment pas l'imputation à la branche lors de l'admission.

4. En raison des taux importants de refus de reconnaissance des maladies Professionnelles

De façon générale, la Commission a été frappée par la pauvreté des statistiques disponibles sur le problème des maladies professionnelles. Les seules statistiques existantes sont celles de la CNAM, établies sur la seule base des maladies professionnelles reconnues non dans une perspective de santé publique mais dans une perspective de gestion du risque : nombre de maladies professionnelles reconnues chaque année, dépenses d'incapacité temporaire de travail ventilées par tableau et décomposées en frais médicaux, frais pharmaceutiques, frais hospitaliers et indemnités journalières.

Les déclarations de maladie à caractère professionnel que doivent effectuer tous les praticiens (art L 461-1 du Code de la sécurité sociale) ne sont pas disponibles et ne font l'objet d'aucune exploitation au niveau national.

Par ailleurs, si la CNAM a pu produire la ventilation par Caisses régionales du nombre de maladies professionnelles reconnues, elle ne comptabilise pas le nombre de déclarations rejetées. Seul l'échelon régional d'Ile-de-france a été en mesure de fournir ces indications.

De ces statistiques se dégagent cependant deux traits essentiels : une importante disparité régionale et des taux de refus importants :

a- Disparité régionale :

Le nombre de maladies professionnelles reconnues dans le régime général de la sécurité sociale n'est pas corrélé avec l'importance de la population active affiliée au régime général.

La région parisienne regroupe 25,3 % de la population active salariée affiliée au régime général mais ne donne lieu qu'à 12,5% des reconnaissances de maladies professionnelles.

A l'inverse, la CRAM de Nantes ne concerne que 5,1 % de la population affiliée au régime général mais donne lieu à 12,8 % des reconnaissances. Ce score important s'explique aisément : madame le Docteur TOURANCHET, médecin inspecteur régional du travail à Nantes, est venue exposer à la Commission la procédure expérimentée depuis 1987 d'envoi à l'inspection régionale du Travail tant des déclarations de maladie à caractère professionnel que des refus de reconnaissance par les CPAM. Cette expérimentation a conduit à multiplier par 7 le nombre des déclarations de maladie à caractère professionnel et a donc bien évidemment un impact sur le nombre de maladies reconnues.

En 1995, le nombre de maladies professionnelles reconnues s'est élevé à 10 822 pour une population salariée affiliée au régime général de 14,5 millions de personnes, soit 75 maladies pour cent mille actifs affiliés au régime général. Cette proportion varie cependant de 37 dans le ressort de la CRAM d'Ile-de-france, 41 dans celui de la CRAM de Montpellier ou 42 dans celui de la CRAM de Bordeaux à 166 dans celui de la CRAM de Rennes et 185 dans celui de la CRAM de Nantes.

Le système complémentaire institué par la loi du 25 janvier 1993 fonctionne de façon très diverse selon les régions et n'aboutit qu'à un faible nombre de reconnaissances :

La Commission a pu disposer des statistiques concernant le système complémentaire établies par la CNAMTS depuis la mise en place du système et jusqu'au 30 juin 1996. Sur les trois premières années de fonctionnement du dispositif, 1 979 dossiers ont été instruits et 1 751 avis rendus dont 911 avis favorable, soit 52 %. Ce chiffre est relativement faible si on le compare aux 10 000 maladies professionnelles reconnues annuellement : les maladies reconnues au titre du système complémentaire ne représentent que 3 % du total.

Le nombre de dossiers transmis aux Comités régionaux de reconnaissance des maladies professionnelles est très variable et ne paraît pas lié à la population des régions concernées : depuis la mise en place du système, les CRR MP de Marseille, Toulouse et Montpellier n'ont instruit respectivement que 39 et 54 demandes, alors que celui de Nantes en a examiné 230 et celui de Rouen 294. A noter que le CRR MP des Antilles-Guyane n'a jamais fonctionné.

Les proportions d'avis favorables varient entre 22,2 % (Marseille) et 77 % (Dijon).

Les dossiers instruits pour des maladies figurant dans un tableau mais pour lesquelles l'ensemble des conditions administratives requises n'étaient pas réunies, se sont élevés à 1 589, soit 90 % du total. Ils ont reçu un avis favorable dans un peu plus d'un cas sur deux (55,2).

Les demandes de reconnaissance pour les maladies professionnelles hors tableau paraissent se heurter à une exigence bien plus importante : bien que ces demandes aient représenté 9,2 % de l'ensemble des demandes, elles n'ont reçu d'avis favorable que dans un cas sur cinq (21 %). Seul le CRRMP de Dijon a donné une suite favorable à la moitié des 10 dossiers. En trois ans, aucune demande à ce titre n'a fait l'objet d'une reconnaissance dans les CRRMP de Limoges, Marseille, Montpellier, Nancy, Nantes, Rennes et Strasbourg.

b- Taux de refus de reconnaissance importants :

Hors le système complémentaire, la CNAM ne dispose d'aucune statistique nationale sur les refus de reconnaissance. Seul l'échelon de la région Ile-de-France est en mesure de fournir ces indications.

En 1996, sur 2 322 déclarations de maladie professionnelle, 1 771 ont été reconnues au titre des tableaux, soit un taux de 76,3 %.

Parmi les 551 refus, 115, soit à peine 5% de l'ensemble des déclarations, pouvaient être qualifiées de "fantaisistes". 56 relevaient plutôt du régime des accidents du travail.

380 déclarations avaient bien un caractère professionnel, soit 16,3 % de l'ensemble des déclarations. 111 ont finalement été reconnues dans le cadre du système complémentaire, 14 ont l'ait l'objet d'un refus pour motif médical, 77 d'un refus pour motif administratif et 175 ont été rejetées parce que l'IPP était inférieure à 66,66 %. Ces 175 rejets ne proviennent donc pas du caractère non professionnel de la pathologie mais de son insuffisant degré de gravité, puisqu'elle n'a entraîné ni le décès de la victime ni une IPP supérieure à 66,66 %. Cet insuffisant degré de gravité empêche même l'examen du dossier par le Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles et la vérification du lien direct et essentiel avec l'activité professionnelle.

L'une des sources des nombreux refus pour motif administratif semble résider dans la difficulté de faire la preuve de la réalité de l'exposition au risque : les enquêtes sont effectuées par des agents administratifs des CPAM, peu qualifiés pour ce type d'investigation, et qui se satisfont des réponses très restrictives ou négatives apportées par l'employeur quant à la preuve de l'exposition au risque. La présomption d'imputabilité ne joue que difficilement et c'est à la victime de faire la preuve de la réalité de l'exposition.

Les pratiques des différentes caisses sont très diverses quant à la qualité et la précision des enquêtes, ce dont la commission a pu prendre conscience à la lecture des différents types d'imprimés, non standardisés et très divers utilisés par les CPAM.

La CNAMTS, consciente de ce problème, vient d'adopter une Charte nationale des Accidents du travail et des Maladies professionnelles, dans le but de garantir l'égalité de traitement sur tout le territoire national des assurés sociaux devant ce risque.

Une autre source de refus administratif semble résulter de la prescription biennale : aucune réparation ne peut en effet être accordée dans le cas d'une demande d'indemnisation déposée plus de deux ans après la première constatation médicale de la maladie. Or les collèges de trois médecins, compétents pour la reconnaissance de sept tableaux de maladies professionnelles fixent souvent la date de la première constatation médicale bien au-delà du délai de prescription biennale. La notion de première constatation médicale devrait donc être affinée et précisée : le délai de prescription ne devrait courir qu'à partir de la première constatation *du caractère professionnel* de la maladie.

Il faut noter par ailleurs, concernant ce problème des délais, que les CPAM disposent normalement d'un délai de deux mois à réception de la déclaration de maladie professionnelle pour statuer. Ce délai étant évidemment trop bref, elles s'en affranchissent par la pratique de la notification de contestation préalable qu'elles adressent systématiquement en retour et qui les libère de tout délai réglementaire. La procédure de reconnaissance de maladie professionnelle n'est donc encadrée par aucun délai. Elle est ordinairement assez longue et il n'est pas rare que la reconnaissance arrive... après le décès de la victime.

De façon générale, la procédure de reconnaissance de maladie professionnelle est longue et complexe. Elle est par ailleurs très mal connue des praticiens qui dans leur majorité ne rédigent pas spontanément de certificat médical initial de maladie professionnelle.

5. En raison d'une très importante sous-déclaration

La commission a perçu l'existence d'une probable sous-déclaration des accidents du travail et d'une très importante sous-déclaration des maladies professionnelles. Les deux phénomènes ne sont pas de même nature : si la sous-déclaration des accidents du travail paraît résulter des principes mêmes de tarification des cotisations patronales à la branche, celle des maladies professionnelles résulte de la méconnaissance générale tant des victimes que du corps médical de l'étiologie professionnelle des pathologies que des conséquences négatives sur la situation professionnelle des intéressés qu'entraîne la déclaration de la maladie professionnelle.

a) *les accidents du travail, un phénomène fréquent mais difficile à chiffrer*

Il existe probablement une importante sous-déclaration des accidents du travail pour des raisons liées aux modalités de calcul des cotisations AT/ MP.

Assises sur l'intégralité de la masse salariale et à la seule charge des employeurs, celles-ci sont en effet variables et fondées sur le principe d'une relation aussi directe que possible entre les "résultats" propres à chaque entreprise et le montant de sa contribution.

- Dès que l'entreprise atteint l'effectif de 200 salariés, elle est soumise à une tarification individuelle au taux réel déterminé par la CRAM et fonction à la fois de la masse salariale et du montant des charges de prestations versées par la CRAM en matière d'accidents du travail et de maladies professionnelles.

- Les entreprises dont l'effectif est compris entre 10 et 199 salariés sont quant à elles soumises à une tarification mixte tenant compte à la fois du taux réel qui serait celui de l'établissement s'il y était soumis et du taux collectif de l'activité professionnelle dont relève l'établissement.

- Seules les entreprises de moins de 10 salariés acquittent une contribution calculée selon des taux collectifs fixés annuellement par arrêté, par risques ou groupes de risques, en fonction des résultats statistiques des trois dernières années connues.

Certaines entreprises soumises au taux réel auraient donc développé une stratégie de l'objectif "0 accident du travail", adoptant vis-à-vis de leurs salariés victimes d'accidents du travail des comportements les incitant à ne pas déclarer l'accident en contrepartie de l'aménagement du poste de travail. Les frais médicaux occasionnés par ces accidents pèsent donc indûment sur la branche maladie ainsi d'ailleurs que sur les mutuelles.

Quant aux accidents du travail, il faut sans doute nuancer ces indications par le fait que les accidents ainsi soustraits à déclaration sont les plus bénins et n'entraînent probablement pas de frais importants. Ceci n'est pas vrai pour les maladies professionnelles.

b) La sous-déclaration des maladies professionnelles : ignorance des victimes comme du corps médical et conséquences néfastes en termes d'emploi

Les victimes de maladies professionnelles se refusent souvent à effectuer la déclaration de leur maladie en raison des menaces qu'une telle démarche fait peser sur leur emploi.

La déclaration de maladie professionnelle entraîne en effet pour les victimes des conséquences négatives tant sur leur emploi que sur leur niveau de revenu, comme le montrent les deux enquêtes sur le devenir de victimes d'asthme professionnel présentées à la Commission par le professeur AMEILLE de l'hôpital Raymond-Poincaré de Garches :

Sur les 237 cas, 145 avaient fait l'objet d'une déclaration de maladie professionnelle. Celle-ci avait été reconnue dans 116 cas, dont 90 avec une IPP moyenne de 13,5 %. La rente accordée est donc loin de compenser la perte d'un salaire d'activité.

La comparaison entre un groupe de 124 malades ayant fait une déclaration de maladie professionnelle et un groupe de 83 malades n'ayant pas fait de déclaration illustre avec acuité l'impact négatif de la déclaration de maladie professionnelle :

- sur l'emploi : 3 à 5 ans après la déclaration, 74,7 % des malades n'ayant pas fait de déclaration étaient encore dans leur entreprise, contre seulement 42,7 % des malades ayant fait une déclaration. 54 % des malades ayant fait une déclaration avaient du quitter l'entreprise, dont 40,3 % à la suite d'un licenciement pour inaptitude médicale. Dans le groupe des malades n'ayant pas fait de déclaration, seuls 21,7 % avaient du quitter leur entreprise ;
- sur le niveau de revenus : 56,7 % des malades ayant fait une déclaration avaient subi une baisse de leurs revenus, cette proportion n'étant que de 34,7 % dans le groupe des malades n'ayant pas fait de déclaration.

L'ensemble de ces raisons conduit souvent les victimes à ne pas déclarer leur maladie professionnelle ou à n'en effectuer la demande qu'au moment du départ à la retraite.

Une enquête menée dans le cadre d'une thèse de médecine en 1995 auprès des 188 médecins du travail de Normandie a permis d'évaluer le nombre de maladies professionnelles déclarables à 180, pour 74 effectivement déclarées.

Dans 8 cas sur 10, les médecins du travail invoquent la crainte d'un licenciement et/ou d'un changement de poste de travail (51 %) et/ou d'une perte de salaire (43 %) et/ou de la perte d'une promotion.

30 % des médecins interrogés confirment avoir déconseillé, au moins une fois, au salarié de déclarer sa maladie professionnelle. Les éléments qui influencent les médecins du travail sont : dans 61 % des cas une absence de bénéfice pour le salarié et/ou dans 35 % des cas un terrain conflictuel dans l'entreprise ou un risque majeur de licenciement ou une absence de solution d'aménagement du poste de travail, et enfin dans 30 % des cas une absence de prise en compte de la prévention dans l'entreprise.

- Les absences de déclaration par ignorance des victimes

La victime d'une maladie professionnelle est souvent dans l'ignorance de l'étiologie professionnelle de sa maladie.

La réglementation des maladies professionnelles est complexe, la formation des médecins généralistes comme spécialistes incomplète et l'information des salariés mal assurée.

Le rôle du médecin du travail pourrait être essentiel, mais est limité de fait par son exclusion de la chaîne d'information dès réception de la déclaration de maladie professionnelle, la CPAM transmet une copie à l'inspecteur du travail chargé de la surveillance de l'entreprise dans laquelle le travailleur a été exposé au risque, mais l'information du médecin du travail, dès lors qu'il s'agit d'un service extérieur à l'entreprise, n'est pas prévue par les textes. Le médecin du travail ne joue aucun rôle spécifique dans la déclaration souscrite par le salarié ni au stade de l'instruction de la demande. Les enquêtes effectuées par les agents administratifs des CPAM ne font généralement pas mention de son avis.

Une étude menée en 1993 par le professeur BERGERET dans la région lyonnaise avait précisément pour objectif d'apprécier la proportion de malades ayant eu une déclaration de cancer professionnel dans une série de malades atteints de certains cancers, ayant été interrogés sur leurs activités professionnelles et pour lesquels il avait été établi par jugement d'expert qu'ils avaient été exposés au cours d'un ou plusieurs de leurs emplois à un produit ou à un procédé cancérogènes. Les résultats de cette étude sont éloquentes :

- Sur les 54 malades atteints d'hémopathie maligne, 4 avaient fait l'objet d'un certificat médical et d'une indemnisation
- Sur les 6 victimes de tumeurs de la vessie, aucune n'avait fait l'objet d'une déclaration
- Sur les 115 dossiers de cancers pulmonaires, aucun certificat de maladie professionnelle indemnisable n'avait été établi.

Les résultats de cette étude confirment la sous-déclaration des cancers professionnels même pour des expositions cancérogènes bien connues et dans un centre hospitalo-universitaire.

De façon plus générale, la plupart des experts en épidémiologie des cancers professionnels s'accordent pour évaluer entre 5 000 et 6 000 le nombre annuel de décès par cancer professionnel. Or le nombre de déclarations est resté stable autour d'une centaine par an pour ne lentement s'élever qu'à 267 en 1995.

Le cas des cancers de l'amiante est particulièrement éloquent : selon les conclusions de l'expertise collective INSERM de juin 1996, dans le cadre des hypothèses qu'elle a retenues, " Le nombre global de décès attribuables à une exposition à l'amiante, en France, en 1996, peut être estimé à 750 décès par mésothéliome et 1 200 décès par cancer du poumon, soit au total 1950 décès. L'incidence du mésothéliome est en constante augmentation ; pour les dernières années, en France comme dans les autres pays industrialisés, cette augmentation est de 25 % tous les trois ans. Compte tenu du caractère largement différé dans le temps des risques de cancer liés aux expositions à l'amiante et des informations recueillies dans le cadre de nombreuses enquêtes épidémiologiques, l'immense majorité de ces décès s'explique, indiscutablement, par des circonstances d'exposition d'origine professionnelle ou paraprofessionnelle. "

Pour ne prendre que les seuls chiffres du mésothéliome, exclusivement lié à l'exposition à l'amiante, la comparaison entre le nombre de cas reconnus en maladie professionnelle et le nombre de décès "corrigé" pour les années 1993, 1994 et 1995 donne pour ces trois années des proportions de 14, 13 et 12 %. Il y a donc là un écart considérable qui mériterait d'être expliqué.

LE REVERSEMENT D'UN TRANSFERT DE LA BRANCHE ACCIDENTS DU TRAVAIL - MALADIES PROFESSIONNELLES A LA BRANCHE MALADIE POSE UN CERTAIN NOMBRE DE PROBLEMES.

Ces difficultés sont de trois ordres :

- le chiffrage ne peut, dans les délais accordés à la commission, conduire à des résultats absolument incontestables, dès lors qu'il ne serait pas fondé sur des analyses scientifiques
- le reversement constitue pour une partie des partenaires sociaux une remise en cause de la logique d'incitation à la prévention qui préside à la tarification des cotisations de la branche ;
- pour d'autres partenaires sociaux, le reversement n'entraîne pas d'effet positif pour les victimes.

Les difficultés du chiffrage

Elles tiennent à plusieurs causes :

- les motifs tenant à la sous-déclaration des accidents du travail ou des maladies professionnelles, s'ils sont connus, ne sont pas pour autant faciles à préciser : il en est ainsi de toute approche chiffrée de la clandestinité ;
- l'absence d'informations concernant le coût des pathologies. La mission PMSI de la Direction des Hôpitaux a notamment fait remarquer :
 - Que le contenu des données était organisé autour de la notion de diagnostic et non de celle d'étiologie
 - Que le nombre de maladies professionnelles est faible par rapport aux hospitalisations de toute nature
 - Que la base de données du PMSI n'intéresse essentiellement pour le moment que les maladies donnant lieu à hospitalisation dans un établissement public
- les causes de certaines affections sont multiples et cette pluralité peut être mise en cause pour dénier leur caractère essentiellement professionnel.

Les auditions des experts conviés par la Commission n'ont pas permis de lever l'intégralité de ces objections. Seules des enquêtes médico-administratives judicieusement ciblées permettraient, à échéance d'un an, d'affiner le diagnostic porté sur le montant du transfert à opérer. Les évaluations s'étendent entre 30 millions de F (patronat) et 30 milliards de F (CGT).

Des partenaires sociaux s'opposent au transfert au nom de la logique de prévention qui sous-tend le fonctionnement de la branche accident du travail – maladie professionnelle.

C'est le cas notamment des organisations patronales.

Les organisations expriment le sentiment que le fonctionnement de la branche AT/MP repose sur le développement de la prévention, et que toute persistance des pouvoirs publics dans la voie du prélèvement sera de nature à démotiver les employeurs dans leurs efforts de prévention.

D'autres partenaires sociaux estiment que le transfert n'ayant pas d'effet positif sur les victimes ne constitue qu'un moyen de combler le besoin de financement de la branche maladie.

C'est le cas de la CFDT.

De son côté, le représentant du CNPF n'a pas écarté l'idée d'un rattachement de la partie maladies professionnelles à la branche maladie.

Ces objections rendent d'autant plus nécessaire l'augmentation des ressources du Fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, rejoignant ainsi une suggestion de la CGT-FO.

PROPOSITION DE CHIFFRAGE ET PROPOSITIONS DE REFORME

Le chiffrage : un système d'équations à plusieurs inconnues

Deux phénomènes doivent être examinés :

- la sous-déclaration des accidents du travail
- les questions liées aux maladies professionnelles.

a) la sous- déclaration des accidents du travail.

Il est apparu au cours des auditions la confirmation pressentie par l'administration d'une certaine sous-déclaration des AT.

Même si les mécanismes de répercussion des déclarations sur les taux de cotisation sont plus complexes et donc plus nuancés que le pensent les chefs d'entreprise, ceux-ci n'en sont pas moins tentés d'adopter des comportements propres à limiter les déclarations d'AT dès lors que ceux-ci sont relativement bénins et ne se traduisent que par quelques jours d'arrêt de travail, pris en charge par l'assurance maladie.

En 1995, les dépenses d'incapacité temporaire résultant des accidents du travail et du trajet ont représenté 12 MdF.

Mme le Dr TOURANCHET estime intuitivement mais sur la base de son expérience à 30 % la proportion des accidents non déclarés. Cette évaluation correspond à celle avancée par le Docteur SALENGRO lors de son audition par la commission, soit 25 %. Les 12 MdF ne représenteraient, en prenant l'hypothèse d'un coût moyen identique, que 70 à 75 % de la dépense réelle résultant des AT, qui s'élèverait donc à 16-17 milliards de francs.

La majorité des membres de la Commission a estimé que la sous-déclaration était certainement à corriger pour tenir compte de la surévaluation propre aux "accidents du lundi". Ils n'ont donc pas souhaité retenir le pourcentage de 25 à 30 % applicable au surplus à des accidents légers donc à coût faible par rapport à la moyenne.

La Direction des Hôpitaux consultée par la Direction de la Sécurité Sociale sur la réalité d'une prise en charge par l'assurance-maladie de dépenses relevant de la branche accidents du travail a répondu que "les conditions de prise en charge des patients se présentant à l'hôpital dans le cadre d'un accident du travail comportent un risque certain d'imputation à la branche maladie de dépenses relevant de la branche AT" (...) en raison d'un "problème d'information des services hospitaliers sur la situation précise du malade". Les services recevant l'information directement du malade, celui-ci peut consulter pour différents motifs (rechute, soins consécutifs à un accident soigné auparavant dans un autre établissement,...) et ne pas faire état systématiquement d'un AT antérieur. Si le régime d'assurance-maladie et sa

mutuelle prennent en charge l'ensemble des frais, il y a un risque assez élevé que le malade ne communique pas les informations nécessaires à l'hôpital.

Malheureusement, la masse financière correspondante ne peut être évaluée.

Il n'en reste pas moins qu'en faisant l'hypothèse d'un taux de 10 % de sous-déclaration d'accidents du travail, très inférieur aux estimations précédentes, mais appliqué au coût moyen actuel des accidents du travail donc probablement surévalué, cette masse financière représenterait... 1,6 à 1,7 milliards de F.

b) les problèmes liés aux maladies professionnelles

La sous-évaluation du coût des maladies professionnelles est admise par la quasi-totalité des partenaires sociaux et des experts (Rapport du Haut Comité de la Santé Publique, études réalisées par des chercheurs, des médecins, des fonctionnaires, tous les partenaires sociaux sauf l'UPA). Mais si le principe en est admis, son évaluation laisse à la Commission une considérable marge d'appréciation.

Deux écarts peuvent être avancés :

- les évaluations respectives de la CNAMTS et de la DSS en 1996 (sous-évaluation par maladie) :
 - 110 000 F pour la DSS sur la base d'une approche "monographique"
 - 1500 F pour la CNAMTS sur la base d'une appréciation fondée sur les seules dépenses supportées par l'assurance maladie liées au délai s'écoulant entre les premières dépenses de santé engagées et la date de première constatation du caractère professionnel de la maladie
- les évaluations présentées par le patronat et la CGT :
 - 30 millions de F pour le président de la Commission AT/MP, M. PEYRICAL, le CNPF, la CGPME
 - 30 milliards de F pour la CGT.

L'insuffisance des données de base

Les données de base pour mieux cibler le niveau de la sous-déclaration font défaut. Le constat relevé par la CNAMTS en 1996 ne l'a pas conduite à diligenter les enquêtes médico-administratives qui seules eussent permis de progresser, même si la durée de conservation des archives (trois ans) constitue un obstacle pour la qualité des études. Le délai nécessaire avancé par les services de la CNAMTS (environ un an) est incompatible avec celui accordé à la Commission pour déposer ses conclusions.

Les données sur les coûts des maladies professionnelles ressortant des informations fournies par la CNAMTS par tableaux font apparaître une sous-estimation manifeste des frais d'hospitalisation qui demande en soi une expertise notamment sur les conditions d'imputation de la dotation globale hospitalière à la branche AT/MP.

Enfin les explications fournies par la mission PMSI au demeurant peu "mobilisée" par ce dossier, puisqu'elle n'a pas jugé utile de répondre par écrit aux questions posées par la commission, ne sont guère convaincantes et auraient mérité d'être réexaminées.

A cet égard, la commission aurait souhaité confronter ses réflexions avec les responsables de la mission et regrette qu'il n'ait pu en être ainsi.

- Les pistes examinées

Elles sont de deux ordres, plus complémentaires qu'opposées.

Une première évaluation a permis de fixer un cadre général à l'enveloppe sur la base des informations en provenance de l'étranger ou sur celle de l'analyse des disparités régionales relevées en matière de déclaration des maladies professionnelles.

Une seconde évaluation a eu pour objet, sur la base d'informations scientifiques fondées sur des enquêtes ou des recherches menées par des personnalités auditionnées par la commission (asthme professionnel, cancers bronchopulmonaires, cancers professionnels, mésothéliomes) et complétées par des études de cas sur les pathologies, de fournir des données chiffrées peu contestables. Celles-ci permettent de combler provisoirement le déficit de connaissance en attendant le résultat des enquêtes de la CNAMTS dont un cahier des charges précis devrait fournir le cadre.

A ces évaluations pourraient s'ajouter des données complémentaires relatives aux :

- pneumoconioses dont la prise en charge en AT MP pourrait devenir complète
- coûts supportés par l'assurance - maladie en raison des délais d'élaboration ou de modification des tableaux
- délais entre premiers soins et première constatation médicale du caractère professionnel de la maladie
- Indemnisations les plus faibles (la faiblesse des rentes en cas d'incapacité permanente modérée conduirait dans un certain nombre de circonstances à préférer la pension d'invalidité de la branche Maladie selon la CNAMTS) ; cet aspect est confirmé par les médecins du travail qui affirment éviter d'effectuer des déclarations de maladie professionnelle pour cette raison. Ils estiment en effet qu'un salarié dont la couverture complémentaire est convenablement assurée n'encourt en tout état de cause pas de préjudice financier, et préfèrent ne pas l'exposer au risque de perte de l'emploi occupé que peut entraîner la déclaration de maladie professionnelle.

4.2. Les orientations du chiffrage

1. La première piste : une approche globale du phénomène de sous-déclaration des maladies professionnelles en France.

Elle consiste d'une part à tenter d'établir sur la base de comparaisons internationales dans des pays de développement économique analogue en quoi la situation de la France paraît en retrait.

Elle a pour objet par ailleurs de prendre en compte les études effectuées régionalement pour constater des disparités tenant essentiellement à des actions menées localement pour mieux identifier les maladies professionnelles.

- Les comparaisons internationales

Elles sont d'autant plus difficiles à établir qu'elles sont infiniment peu nombreuses, que les législations et leur application sont disparates, que l'attention portée dans un pays sur un type de maladie peut l'être dans un autre sur une autre affection. Au surplus, comme dans toute collecte de données, l'homogénéité des informations n'est pas assurée.

Avec toutes ces nuances, il est néanmoins essentiel de présenter quelques éléments de comparaison.

Si la France apparaît, pour le nombre de tableaux de maladies professionnelles, dans le peloton de tête notamment des Etats de l'union européenne, elle semble très en retard si l'on rapporte le nombre de maladies déclarées et surtout reconnues et indemnissables au nombre de salariés.

Une étude portant sur le début des années 1980 et publiée par la FNATH a donné les résultats suivants :

maladies professionnelles indemnissées par million de salariés : France : 294 ; Allemagne : 718 ; Suède 2 488 .

Par ailleurs, une comparaison effectuée entre la France et le Québec à la fin des années 1980 donnait les résultats suivants : nombre de maladies professionnelles indemnissées par million de salariés : France : 304, Québec : 2016.

Les coefficients multiplicateurs apparaissent ainsi de

2,44 entre la France et l'Allemagne

8,46 entre la France et la Suède

6,6 entre la France et le Québec.

Des coefficients ainsi appliqués au coût de base actuel des maladies professionnelles constaté en France, soit environ 300 millions de F, donneraient une fourchette variant entre :

$300 \text{ MF} \times 2,44 = 732 \text{ MF}$, soit une dépense supplémentaire de 432 millions de F

$300 \text{ MF} \times 6,6 = 1\,980 \text{ MF}$, soit une dépense supplémentaire de 1 680 millions de F

$300 \text{ MF} \times 8,46 = 2\,538 \text{ MF}$, soit une dépense supplémentaire de 2 238 millions de F.

De tels écarts peuvent paraître considérables : encore une fois ils doivent être interprétés avec prudence.

Il convient de souligner cependant qu'ils sont corroborés par d'autres sources plus ciblées : au Royaume-Uni, le nombre de mésothéliomes reconnus est 14 fois supérieur à celui de la France et le nombre de cancers bronchopulmonaires 27 fois supérieur.

Les comparaisons internationales, aussi imparfaites soient-elles soulignent que les déclarations de maladies professionnelles sont très inférieures en France à celles constatées dans d'autres pays comparables.

- Les disparités régionales

L'expérience menée sous l'impulsion de Madame TOURANCHET en Pays-de-Loire fait de cette région la première en nombre de maladies déclarées, supérieure même à la région Ile-de-France. Le dispositif mis en place permet d'améliorer le nombre de déclarations sans pour autant, loin s'en faut, conduire à l'exhaustivité. Madame TOURANCHET souligne à cet égard que, sur 320 signalements de maladie à caractère

professionnel en 1996, 186 correspondaient à de véritables maladies professionnelles indemnisables que les salariés refusaient de déclarer pour les raisons déjà analysées - soit 58 % - avec une forte représentation des tableaux 57, 66, 42 et 65.

Si l'on suppose que toutes les régions françaises puissent, par une impulsion analogue, se situer au niveau des résultats obtenus en Pays de Loire, le nombre de maladies professionnelles déclarées serait multiplié par 2,51. Le coût (sur la base d'un coût moyen identique) serait donc de :

$300 \text{ MF} \times 2,51 = 752 \text{ millions de F}$, soit 452 millions de F de dépenses supplémentaires pour la branche AT/MP

Ces résultats peuvent être eux aussi confortés par des analyses plus fines. Deux exemples méritent d'être cités :

- L'enquête réalisée en Normandie précédemment décrite permet de situer le niveau de sous-déclaration des maladies professionnelles à 59 %, soit rapporté au coût de ces maladies un niveau de dépenses de 731 millions de F, soit un surcroît de dépenses de 431 millions de F.
- Un expert auditionné par la commission a fait état de l'intérêt porté par un médecin du travail de l'Est de la France à la cataracte thermique : il était à l'origine à lui seul de la moitié des reconnaissances de cette maladie en France.

Ces évaluations ne peuvent être retenues que dans la mesure où elles proposent un ordre de grandeur : elles méritent l'intérêt parce qu'elles mettent en lumière un phénomène de sous-déclaration considérable justifiant entre autres qu'un transfert entre branche maladie et branche AT/MP intervienne.

2. La seconde piste : des données chiffrées par pathologies fondées sur des études scientifiques menées par des experts auditionnés par la Commission.

Cette orientation ne concerne que quelques maladies. Elles laissent de côté, partiellement ou totalement, les tableaux de maladies professionnelles les plus "coûteux" aujourd'hui :

Tableau 57	Troubles musculo-squelettiques	176,1 MF
Tableau 47	Maladies liées aux poussières de bois	12,1 MF
Tableau 8	Maladies liées au ciment	10,8 MF
Tableau 69	Maladies liées aux vibrations et chocs	8,6 MF
	Total	207,6 MF

soit 70 % environ du coût hors rente des maladies professionnelles recensées annuellement.

C'est dire l'insuffisance d'études monographiques précises sur les maladies professionnelles les plus fréquentes et l'évidente nécessité de remédier à cette grave défaillance du système de connaissance des maladies professionnelles.

Les informations recueillies par la Commission permettent de procéder aux évaluations suivantes.

Le mésothéliome

Le Professeur BERGERET, dans son étude précitée, a relevé que sur un nombre de cas imputables à l'amiante professionnels compris entre 490 et 539 cas, 67 dossiers seulement avaient été reconnus comme maladie professionnelle.

Le coût moyen d'un traitement hospitalier du mésothéliome a pu être établi en 1995 à 40 000 F environ. Dès lors le coût qu'aurait du supporter la branche accidents du travail - maladies professionnelles pour le mésothéliome est de 20 millions de F et non de 2 millions de F.

Les leucémies

Sur la base de la même étude du Professeur BERGERET, à savoir 4 cas reconnus sur 54 cas de maladies professionnelles, soit un facteur multiplicateur de 13,5, et compte tenu des dépenses retenues par la CNAMTS en 1995 à ce titre, soit 7 700 797 F, la dépense qu'aurait du supporter la branche accidents du travail - maladies professionnelles pour les leucémies est de 104 millions de F environ.

Les cancers

L'étude du professeur BERGERET a porté dans cette hypothèse sur 516 dossiers. 115 étaient indiscutablement d'origine professionnelle. Aucun n'avait été reconnu comme maladie professionnelle. Plus de 20 % des cas étaient donc à attribuer à un risque professionnel.

Monsieur HEMON a souligné que sur 19 000 décès dus au cancer du poumon, 10 % pouvaient être considérés comme résultant clairement d'une exposition professionnelle.

Enfin le Haut Comité de la Santé Publique estimait qu'un coefficient multiplicateur de 50 devait être appliqué au taux des cancers reconnus en 1990 soit 23 cancers du poumon (41 l'ont été en 1995) et donc que plus de 1 000 auraient du être déclarés à ce titre (1 150 en l'occurrence).

La commission propose de retenir cette dernière base. Sachant que le coût moyen d'un traitement hospitalier s'établit à 80 000 F environ, la dépense à supporter par la branche accidents du travail - maladies professionnelles serait, compte tenu des dépenses déjà supportées par la branche accidents du travail - maladies professionnelles, de 90 millions de F.

Les cancers autres que bronchopulmonaires

L'étude du professeur BERGERET fait seulement état de six cas de cancers de la vessie (aucun cas reconnu).

Le rapport du groupe Prospective - Santé présidé par Raymond SOUBIE rappelait qu'entre 5 000 et 10 000 personnes décèdent chaque année d'un cancer d'origine professionnelle alors que le nombre de cas reconnus étaient de 128.

Le rapport précité du Haut Comité de la Santé publique annonçait un facteur multiplicatif de 50 appliqué au nombre de cancers reconnus en 1990 soit 132 (364 en 1995), le même rapport indiquait que le cancer était représenté dans 15 tableaux de maladies professionnelles alors que plus de cent substances et procédés sont l'objet de valeurs limites d'exposition.

La commission propose de prendre la référence du rapport du haut Comité de la Santé Publique, soit 6600, et de lui appliquer le coût moyen de traitement d'un cancer issu des statistiques de la CNAMTS, soit 40 000 F environ. La dépense serait donc, après déduction des dépenses déjà supportées par la branche AT/MP, de l'ordre de 256 millions de F.

L'asthme professionnel

Monsieur HEMON a rappelé les études épidémiologiques estimant à 5 % du nombre des asthmatiques (entre 2,5 et 3 millions de personnes) le nombre de ceux dont l'origine des troubles est professionnelle, soit 125 000.

Le rapport du Haut Comité de la Santé Publique évalue à 100 le coefficient multiplicateur à appliquer aux asthmes reconnus en 1990 (c'est-à-dire 200). Donc ses estimations varient entre 20 000 et 37 000.

Les observations du CREDES sur l'asthme professionnel rappelées par le professeur AMEILLE font référence à 500 à 1 000 cas nouveaux d'asthme par an. Elles estiment à 2,2 % de la population salariée le nombre des asthmatiques, dont 5 % d'origine professionnelle dans une fourchette de 2 à 10 %, soit environ 17 000 asthmes professionnels au titre du régime général.

Le coût moyen annuel de prise en charge confirmé par le professeur AMEILLE ressort à 25 000 F.

A partir des chiffres du rapport du Haut Comité de la Santé Publique, corrigés par les données résultant des observations du professeur AMEILLE pour tenir compte des dépenses déjà prises en charge par la branche, la charge supportée à tort par la branche maladie à ce titre serait d'environ 425 millions de F.

Au titre des maladies ainsi recensées, les seules sur lesquelles elle disposait d'informations scientifiques précises, la commission aboutit à un total de dépenses supportées à tort par l'assurance maladie :

$$18 \text{ MF} - 97 \text{ MF} - 90 \text{ MF} - 256 \text{ MF} - 425 \text{ MF} = 888 \text{ MF}$$

C'est cette évaluation que la commission propose de retenir

La commission souligne avec force qu'elle a adopté systématiquement des évaluations modérées.

Elle n'a pas retenu d'évaluation correspondant aux maladies pour lesquelles elle ne disposait pas de données scientifiques exploitables sans contestation alors qu'elle ne doute pas que la sous-évaluation les concerne également.

Par ailleurs, la commission n'a pas cru devoir évaluer la charge financière liée aux délais d'élaboration ou de modification des tableaux, non parce qu'elle n'en admettait pas le principe mais parce que son montant ne pouvait être convenablement cerné.

Enfin, la commission n'a pas débattu du chiffrage du délai entre premiers soins et première constatation médicale du caractère professionnel de la maladie. Sur la base de l'évaluation de la CNAMTS du coût de ce délai, soit 1 500 F par maladie, une dépense de l'ordre de 16 millions de F pourrait être imputée à la branche AT/MP.

Il lui est donc apparu que l'évaluation qu'elle suggère au terme de cette analyse monographique est avec une forte probabilité très inférieure à la réalité des dépenses que la branche accidents du travail - maladies professionnelles devrait supporter.

Les évolutions souhaitables

La Commission s'est efforcée de remplir, à réglementation constante, la mission qui lui était confiée d'évaluer la charge financière supportée à tort par la branche assurance maladie au bénéfice de la branche accidents du travail - maladies professionnelles.

Elle n'a donc pas considéré devoir aborder l'examen au fond de la législation, de la réglementation et des procédures propres aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. Au demeurant, nombre de rapports officiels ou d'études scientifiques ont mis en lumière certains des dysfonctionnements qui les affectent et auxquels il a parfois été remédié.

Néanmoins, elle ne s'est pas interdite de soulever quelques questions qui à son sens méritent d'être prises en considération si l'on veut améliorer le dispositif.

Cinq objectifs ont ainsi été recensés :

1. Améliorer l'information statistique sur les accidents du travail et les maladies professionnelles.
La Commission a déjà fait état de l'extrême pauvreté des statistiques disponibles. Elle estime qu'il revient à l'administration d'établir un cahier des charges précis pour la CNAMTS et les autres régimes afin que les maladies professionnelles tout particulièrement soient mieux connues, les conditions de leur reconnaissance ou de leur refus mieux analysées et leurs coûts parfaitement identifiés.
L'amélioration du dispositif d'information existant s'insère judicieusement dans la charte AT MP que la CNAMTS a élaborée et qui vient d'être approuvée. La Commission n'a pu par ailleurs que regretter que les contraintes budgétaires aient conduit en 1993 à supprimer des crédits d'études sur le chapitre 6604 art 10 § 35 Département Homme-Travail-Technologie du ministère de la Recherche.
2. Mieux associer l'ensemble des partenaires concernés.
Médecins, médecins du travail, médecins-conseils, inspection du travail et inspection médicale du travail, CPAM et CRAM doivent, sous l'égide des administrations déconcentrées de l'Etat, mettre en commun selon des formes à étudier leurs compétences afin de mieux connaître les notions de maladie professionnelle et de maladie à caractère professionnel et d'en favoriser la prévention.
3. Améliorer très sensiblement la formation initiale et continue des praticiens (généralistes, spécialistes et hospitaliers).
Les travaux de la Commission ont montré que les médecins, faute de connaissance du monde du travail et de l'entreprise, n'établissaient en général pas de lien entre la maladie qu'ils avaient à soigner et ses éventuelles causes professionnelles. L'ensemble du corps médical doit donc être sensibilisé au problème de santé publique que posent les maladies professionnelles et son attention attirée sur les métiers à risques.
4. Renforcer le rôle des médecins du travail.
Si le médecin du travail intervient peu dans le processus initial de déclaration et de reconnaissance des maladies professionnelles, il joue un rôle important dans le système complémentaire et dans l'initiation et la promotion de la surveillance post-professionnelle des salariés ayant été exposés à des agents ou procédés cancérogènes.
La Commission s'est donc posé la question de savoir si une plus grande implication des 6 000 médecins du travail (qui constituent à cet égard un réseau de compétences qui ne connaît aucun équivalent en Europe) dans le système d'identification et de reconnaissance des maladies professionnelles ne serait pas de nature à répondre pour une grande part au problème de la sous-évaluation des maladies professionnelles.

Cette plus grande implication devrait au minimum résider dans l'obligation, pour la CPAM, de recueillir l'avis du médecin du travail sur chaque déclaration (comme c'est le cas dans le cadre du système complémentaire de 1993 ou du dispositif de 1995 relatif à la surveillance post-professionnelle). Elle pourrait surtout comporter la nécessité d'une sensibilisation des médecins du travail à l'enregistrement des données relatives aux maladies professionnelles ou à caractère professionnel dont ils auraient connaissance dans l'entreprise de manière à déboucher sur la création d'observatoires, sur le modèle de l'Observatoire National des Asthmes Professionnels.
5. Améliorer les procédures.
La Commission a constaté plusieurs dysfonctionnements auxquels elle estime qu'il est urgent de porter remède. Elle a d'abord observé que les prescriptions s'imposant aux employeurs n'étaient pas respectées : il en est ainsi particulièrement pour l'obligation qui s'impose à l'employeur de déclarer à la CPAM et à l'inspection du travail les procédés susceptibles de provoquer des maladies professionnelles (article L 461-4 du Code de la sécurité sociale). Or il s'agit d'un point essentiel en matière de prévention.
Elle a par ailleurs regretté que, malgré le principe de présomption d'imputabilité, tout se passe comme si la victime était souvent considérée comme a priori suspecte.

Dès sa déclaration, elle reçoit de la CPAM un document baptisé "contestation préalable", assez malheureusement symbolique d'un abus de procédure auquel il convient de mettre fin : cet envoi est en effet utilisé par les caisses pour s'affranchir du délai de deux mois, au demeurant insuffisant, qui leur est accordé pour statuer.

Ensuite, les enquêtes destinées à faire la preuve de la réalité de l'exposition au risque se satisfont trop souvent, comme cela a déjà été souligné, des réponses négatives de l'employeur,

Enfin la date de première constatation médicale, point de départ de la prescription biennale, devrait être redéfinie de sorte que le délai ne courre qu'à compter du moment où la victime connaît l'origine professionnelle de sa maladie : une disposition législative devrait être prise à cet égard en raison de la jurisprudence négative de la Chambre Sociale de la Cour de Cassation.

Elle souligne en outre que ne semble désormais plus justifié que la réparation des pneumoconioses professionnelles relève de la branche maladie sauf cas rares. Il ne lui semble en effet pas conforme à l'équité que ces maladies graves soient moins bien prises en charge que les autres maladies professionnelles.

Elle estime enfin que le mécanisme du système complémentaire (4ème alinéa) présente un caractère trop restrictif. Les conditions d'ouverture de la procédure, aujourd'hui extrêmement contraignantes, devaient être élargies s'agissant notamment du taux d'IPP retenu.

En revanche la commission s'est partagée sur les conséquences à tirer du constat de fonctionnement du dispositif. Si elle a admis de manière unanime que celui-ci contribue à accroître les connaissances médicales sur les maladies professionnelles, certains de ses membres ont jugé assez sévèrement une procédure dont le résultat est de déboucher sur quatre refus de prise en charge sur cinq au terme d'une instruction lourde, complexe, longue et au surplus éprouvante pour la victime ou ses ayants-droit et qui n'a jusqu'à présent été mis en œuvre que dans seulement la moitié des régions depuis sa création il y a trois ans.

Les autres membres de la commission ont néanmoins estimé que le pourcentage de taux de refus n'était que la conséquence de la qualité des tableaux de maladies professionnelles et qu'il ne fallait pas demander à un système, par essence complémentaire, de se substituer au mécanisme des tableaux et de résoudre l'ensemble des cas de sous-déclaration mis à jour dans le rapport.

CONCLUSION

La Commission estime, en conclusion, que la sous-déclaration des AT et des MP pèse de manière anormale sur la branche maladie.

Elle estime au terme d'une analyse fondée uniquement sur des données scientifiques à 888 millions de F la charge à transférer sur la branche AT/MP.

Elle exprime le sentiment que ce montant lui paraît constituer un minimum : elle ne dispose en effet d'aucune donnée suffisamment précise pour cerner l'ampleur de la sous-déclaration de maladies professionnelles parmi les plus coûteuses, comme notamment les troubles musculo-squelettiques qui représentent néanmoins, lorsqu'elles sont déclarées et reconnues, 60 % des dépenses de la branche AT/MP au titre des maladies professionnelles.

Elle souhaite donc que ses travaux puissent être poursuivis par l'administration afin de mieux mesurer l'ampleur du phénomène de sous-déclaration et d'ajuster en conséquence le montant des transferts financiers ultérieurs à envisager.

Elle rappelle que sa mission ne concernait que le régime général. Aussi ne s'est-elle pas penchée sur la sous-déclaration affectant les autres régimes, qui ne lui semble pas faire de doute et mériterait d'être mesurée.

Elle tient à souligner que les mécanismes actuels permettent aux victimes, non reconnues au titre des maladies professionnelles, d'être soignées dans le cadre de l'assurance-maladie mais sans bénéficier des avantages propres à la branche AT/MP. Elle observe à cet égard que le transfert financier qu'elle estime justifié d'effectuer n'aura pas de conséquence directe sur l'indemnisation des victimes.

Il serait en conséquence souhaitable que les ressources du Fonds de prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles puissent être augmentées et que ce Fonds serve plus activement à financer des études médicales scientifiques sur le sujet.

Elle tient enfin à appeler l'attention sur les graves conséquences en matière de santé publique de la sous-déclaration des maladies professionnelles.

Leur nombre et leur coût sont faibles par rapport aux dépenses de l'assurance-maladie. En 1996, les dépenses de l'assurance-maladie représentaient au total 569,77 milliards de F contre 43,88 milliards de francs pour la branche AT/MP. Les conditions de fonctionnement de la branche AT/MP en assurent l'équilibre financier. La branche AT/MP peut donc paraître comme non prioritaire.

Il n'en reste pas moins que les maladies professionnelles, l'exemple médiatisé de l'amiante le démontre, doivent devenir une priorité de la politique de santé publique. La branche AT/MP a pour but d'assurer une prévention efficace tant des accidents du travail que des maladies professionnelles. Les entreprises françaises ont accompli, de manière générale,

des efforts considérables en termes de prévention. Les équipes de la CNAMTS accomplissent un travail remarquable. Cependant la sous-déclaration des maladies professionnelles, par définition moins identifiables que les accidents du travail, a pour conséquence de diminuer le niveau de connaissance des risques, notamment tous ceux liés à l'utilisation des nouvelles molécules ou de nouveaux procédés, qui ne peuvent donc être correctement et surtout rapidement appréhendés sur le plan médical. Dès lors, la connaissance trop partielle des phénomènes nuit à leur interprétation médicale, et empêche qu'une politique de prévention plus rapide et donc plus efficace soit mise en œuvre.

Il est de l'intérêt de la collectivité nationale tout entière et de sa politique de santé publique que les déclarations de maladie professionnelle soient aussi proches que possible de la réalité afin que la prévention puisse être rapidement déclenchée, pour éviter d'avoir à supporter une charge économique et sociale différée et dès lors considérablement alourdie.

Accès des Médecins du Travail au carnet de Santé électronique

La carte Vitale 1 familiale qui sera généralisée à la fin de 1998 ne contient pas d'informations médicales.

La carte Vitale 2 diffusée ultérieurement sera individuelle et "**permettra de réserver une zone indépendante, de capacité suffisante pour gérer un carnet de santé électronique appelé volet d'informations médicales (VIM)**".

Notre objectif est de pouvoir lire et écrire sur ce V.I.M., ce qui nécessite :

- De posséder la Carte de Professionnel de Santé : compte-tenu de l'accord du Ministre de la Santé et de l'Ordre des Médecins, l'obtention de cette carte ne devrait pas poser de difficultés
- D'être équipé du matériel suivant :
 - équipement informatique (micro-ordinateur, imprimante, modem)
 - logiciels nécessaires à son activité (gestion de cabinet, accès à des réseaux professionnels d'échange)
 - lecteur des cartes VITALE et carte de Professionnel de Santé pour l'accès au VIM.

Il convient donc de mener deux actions :

1. l'une auprès du Groupement d'intérêt Public Carte de Professionnel de Santé par l'intermédiaire de l'Ordre des Médecins, pour s'assurer de l'obtention de cette carte CPS

2. l'autre auprès de nos services pour l'équipement informatique nécessaire.

La réflexion concernant le volet d'Information Médicale doit être engagée

- quelles zones du VIM souhaitons-nous pouvoir lire ?
- dans quelles zones du VIM souhaitons-nous écrire ?
- à quels autres professionnels de santé souhaitons-nous donner accès aux informations que nous avons écrites ? (secret professionnel et de fabrique). L'étude du contenu du VIM est menée par la Direction de la Santé et les Syndicats médicaux, un décret définira son contenu, les habilitations et les modalités d'accès.

L'architecture du VIM devrait donc comporter plusieurs zones avec des accès réservés pour chacune. Il n'est pas certain que la puce de Vitale 2 permettra de stocker une telle structure !

De toute manière, il est nécessaire de mener cette réflexion car derrière la carte Vitale se profile l'idée d'un dossier médical virtuel accessible par Internet ou Intranet.

Une réunion de travail se tiendra lors des Journées Nationales de Médecine du Travail.

Si vous avez des commentaires ou des informations veuillez contacter :

François BECKER : A.I.M.T. du Bas-Rhin 3 rue de Sarrelouis, 67080
STRASBOURG CEDEX

Tel : 0388329644 Fax : 0388218169 e-mail : f.becker @ aimt.sdv.fr

LA MEDECINE DU TRAVAIL EN TUNISIE

C'est au tour de la Tunisie à nous livrer son mode de fonctionnement de la médecine du travail. Le Docteur Mohamed BEN LAIBA, Directeur de la Médecine du Travail et des Maladies Professionnelles, est notre guide.

INTRODUCTION

C'est en octobre 1956 que fut promulgué le premier décret qui a rendu obligatoire la création des services médicaux du travail dans les entreprises économiques, la protection de la santé des travailleurs étant perçue organiquement liée à la croissance recherchée de l'économie.

Que de choses sont venues depuis !

En ce 25 octobre 1996 où nous célébrons le quarantième anniversaire de cette institution, les valeurs contemporaines de démocratie et de droits de l'homme se sont suffisamment consacrées pour faire prévaloir la logique de l'imbrication équilibrée des impératifs de la croissance économique et du développement social à visage humain.

Et c'est là que réside, précisément, le fondamental du Changement et la sève nutritive de la promotion des dimensions humaines dans la législation de la Tunisie moderne.

La santé et la sécurité au travail s'intègrent ainsi parfaitement dans une perception qui considère l'homme en tant que moyen et finalité de tout développement.

Elles agissent, aujourd'hui, au même titre que toutes les autres composantes sur quoi s'articule la détermination de la Tunisie à relever les défis des grandes mutations mondiales.

REALISATIONS :

De grandes réalisations ont été accomplies tant sur le plan législatif et réglementaire que sur les plans de l'organisation des structures et de la formation des cadres. On citera notamment :

1- Le rattachement de la Direction de la Médecine du Travail et des Maladies Professionnelles au Ministère des Affaires Sociales en mars 1990 (décret n° 559 du 30 mars 1990), la création de nouvelles inspections médicales régionales du travail dans les régions qui en étaient dépourvues (Bizerte, Ben Arous, Ariana, Béja, Gafsa, Mahdia et Médenine) et le renforcement de l'inspection Médicale Régionale du Travail par le recrutement de nouveaux Médecins Inspecteurs du Travail.

2- La création de l'Institut de Santé et de Sécurité au Travail par la loi n° 90 -77 du 07 août 1990 modifiée par la loi n° 96 -9 du 6 mars 1996 et qui a pour mission notamment d'apporter l'assistance médicale et technique aux entreprises économiques et d'assurer la formation des cadres opérant dans le domaine de ses compétences.

3- La refonte de la loi n° 57-73 du 11 décembre 1957 par la loi n° 94-28 du 21 février 1994 portant régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles.

A l'occasion de la Fête Mondiale du Travail (mai 1991), le Président de la République a donné ses directives pour la refonte de ce régime. La promulgation de la Loi 94-28 du 21 février 1994 a apporté des modifications importantes, dont notamment:

- ✓ l'élargissement de la couverture
- ✓ l'amélioration des prestations
- ✓ l'assouplissement de la procédure
- ✓ l'institutionnalisation de la prévention devenue liée au paiement des cotisations par l'adoption du système " Bonus - Malus"
- ✓ la gestion du risque par un organisme public : la CNSS

4- La promulgation de la loi n° 95-56 du 28 juin 1995 portant régime particulier de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur public.

Les améliorations apportées par le nouveau régime sont nombreuses, on cite notamment:

- ✓ l'adoption des définitions claires de l'accident du travail et de la maladie professionnelle.

- ✓ l'institution d'une "commission médicale centrale" qui statue sur les déclarations de l'accident du travail et de la maladie professionnelle et fixe le taux d'incapacité.
- ✓ la simplification de la procédure.
- ✓ l'identification des parties intervenantes en la matière.
- ✓ l'importance accordée à la prévention contre les risques professionnels.

Par ailleurs, la même liste des maladies professionnelles prévue par la loi n° 94-28 été étendue aux agents du secteur public.

5- La révision récente des dispositions du Code du Travail relatives à la santé et à la sécurité au travail (loi n° 94-29 du 21 février 1994 et la loi n° 96-62 du 15 juillet 1996) :

- ✓ institution de la commission consultative d'entreprise groupant en son sein le comité de santé et de sécurité au travail (articles 160 et 161 nouveaux du Code du Travail).
- ✓ extension de la couverture des travailleurs dans le domaine de la médecine du travail à toutes les entreprises soumises au Code du Travail quels que soient la nature d'activité économique et l'effectif des salariés (article 152 nouveau du Code du Travail).
- ✓ nouvelle organisation des services interentreprises en groupements de médecine du travail (articles 153 nouveau à 154-4 du Code du Travail).
- ✓ institution de la fonction sécurité dans l'entreprise (article 154-5 du Code du Travail).

6- La promulgation d'un statut particulier du corps de l'inspection médicale du travail (décret n° 94-1490 du 11 juillet 1994).

7- La détermination des procédures de majoration ou de réduction des cotisations au régime de réparation des préjudices résultant des accidents du travail et des maladies professionnelles dans le secteur privé (décret n° 95-538 du 1^{er} avril 1995).

8- La création du conseil national de la prévention des risques professionnels

(décret n° 96-1001 du 20 mai 1996), à caractère consultatif, chargé notamment de proposer toutes mesures susceptibles de renforcer la politique nationale de prévention des risques professionnels.

9- Le financement par la Caisse Nationale de Sécurité Sociale des projets de santé et de sécurité au travail pour les entreprises affiliées, en leur accordant

- ✓ une prime d'investissement estimée à 20 % du coût du projet à réaliser
- ✓ des prêts pouvant atteindre 70% du coût du projet dans la limite de 300 000 dinars qui seront remboursables dans un délai maximum de 10 ans avec un taux d'intérêt égal à 6 % et un délai de grâce de trois ans à partir de la date de versement de la première tranche du montant du prêt (décret n° 96-1050 du 03 juin 1996).

10- Attribution par l'ETAT d'une subvention annuelle de 1000 000 dinars au profit des associations interentreprises de médecine du travail afin de leur permettre de disposer des équipements médicaux et techniques adéquats et d'assurer la formation de leur personnel dans le but d'améliorer les prestations qu'elles fournissent aux entreprises adhérentes.

Ces réalisations illustrent l'intérêt et le soutien portés au monde du travail par les plus hautes instances de l'Etat, et ont permis la mise en place d'une organisation cohérente et efficace de la prévention des risques professionnels en Tunisie

ORGANISATION DE LA MEDECINE DU TRAVAIL EN TUNISIE

1 - Structures relevant du Ministère des Affaires Sociales

1.1- La Direction de l'Inspection Médicale et de la Sécurité au Travail :

1.1.1. Les missions principales de cette Direction consistent notamment à :

- ✓ veiller à l'application des dispositions légales, réglementaires et conventionnelles relatives à la santé et à la sécurité au travail.
- ✓ fournir aux employeurs et aux travailleurs les renseignements et conseils techniques sur les moyens les plus efficaces pour l'application de la législation relative à la santé et à la sécurité au travail et informer les autorités compétentes des déficiences ou abus qu'ils ont pu constater dans ce domaine.

- ✓ participer au développement de la législation et de la réglementation de la santé et de la sécurité au travail.
- ✓ collecter et exploiter les données statistiques en vue d'améliorer la protection de la santé et de la sécurité des travailleurs.
- ✓ contribuer à la préparation d'un fichier physio - pathologique de la main d'œuvre.
- ✓ contrôler les services et les groupements de médecine du travail et agréer les locaux qui leurs sont réservés.
- ✓ statuer sur les litiges concernant les examens médicaux des travailleurs.
- ✓ contrôler les soins fournis aux victimes des accidents du travail et des maladies professionnelles.

1.1.2. La Direction de l'Inspection Médicale et de la Sécurité au Travail comprend:

1. la sous - direction de l'inspection médicale du travail avec deux services
 - ✓ Le service du contrôle des services médicaux du travail
 - ✓ Le service du contrôle des soins donnés aux victimes des accidents du travail et des maladies professionnelles
1. La sous – direction du contrôle de l'hygiène et de la sécurité du travail avec deux services :
 - ✓ Le service du contrôle de la sécurité au travail
 - ✓ Le service du contrôle de l'hygiène et du milieu de travail

1.2- Les Inspections Médicales Régionales du Travail

L'action de la Direction de l'Inspection Médicale et de la Sécurité au Travail est relayée au niveau régional par les Inspections Médicales Régionales du Travail.

La Direction De L'Inspection Médicale et de la Sécurité au Travail comprend 4 médecins inspecteurs centraux. Les 13 Inspections Médicales Régionales du Travail sont composées de 16 Médecins Inspecteurs Régionaux :

1	Ariana
2	Béja - jendouba - Kef - Siliana
3	Ben Arous
4	Bizerte
5	Gabès - Kébifi
6	Gafsa - Tozeur - Kasserine
7	Mahdia
8	Médenine - Tataouine
9	Monastir
10	Nabeul-Zaghouan
11	Sousse - Kairouan
12	Tunis
13	Sfax - Sidi Bouzid

1.3- L'Institut de Santé et de Sécurité au Travail

L'Institut de Santé et de Sécurité au Travail a été crée par la Loi n° 90-77 du 7 août 1990 modifiée par la loi n° 96-9 du 06 mars 1996.

La mission de l'Institut de santé et de sécurité au travail consiste notamment à:

- ✓ Procéder à des recherches et des études dans le domaine de la santé et de la sécurité au travail.
- ✓ Entreprendre des actions de sensibilisation et d'information visant le renforcement de la prévention des risques professionnels.
- ✓ Fournir une assistance technique aux divers intervenants dans le domaine de la prévention des risques professionnels et l'amélioration des conditions de travail.
- ✓ Assurer la formation continue des cadres opérant dans le domaine de ses compétences, et ce en collaboration avec les établissements d'enseignement et de formation.

2- Structures Relevant Des Entreprises Economiques

Il s'agit des services de médecine du travail, autonomes ou interentreprises. Ces services ont été instaurés par les dispositions du Code du Travail qui ont rendu obligatoire la surveillance médicale préventive des salariés dans le cadre de la médecine du travail, et mis à la charge de l'entreprise les dépenses afférentes à ces services.

2. 1 - Services Médicaux Autonomes du Travail

Ces services médicaux autonomes sont obligatoires, pour les entreprises soumises au Code du Travail employant 500 salariés au moins.

Les entreprises dont l'effectif est inférieur à 500 salariés peuvent soit avoir leur propre service médical du travail, soit adhérer à un groupement interentreprises de médecine du travail (article 153 nouveau du Code du Travail).

Les locaux des services et groupements de médecine du travail doivent être agréés par les services de l'Inspection médicale du Travail territorialement compétente (article 291 nouveau du Code du Travail).

Il est à noter par ailleurs, que les médecins du travail ne peuvent être nommés ou révoqués qu'avec l'accord préalable du Médecin Inspecteur du Travail géographiquement compétent (article 155 nouveau du Code du Travail).

2.2- Associations Interentreprises de médecine du Travail (tableau 3)

Dans l'attente de la promulgation des textes réglementant l'organisation et le fonctionnement des services médicaux du travail à la suite de la révision récente du Code du Travail, les services interentreprises sont à l'état actuel organisés sous la forme d'associations.

Ces Associations interentreprises de médecine du travail sont dirigées par un Conseil d'Administration composé d'employeurs.

Il existe actuellement 15 Associations Interentreprises de Médecine du Travail, concernant 1584 entreprises et 147 900 salariés :

ARIANA: 53 entreprises, 4090 salariés ; BOJA : 34 et 2813 ; BEN AROUS : 150 et 8500 ; BIZERTE 98 et 12139 ; GABÔS : 53 et 5798 ; GAFSA : 16 et 1051 ; KAIROUAN : 09 et 2500 ; MAHDIA: 60 et 4800 ; MODENINE : 70 et 4200 ; MONASTIR : 171 et 24470 ; NABEUL : 326 et 24825 ; SFAX : 244 et 17449 ; SOUSSE : 183 et 26122 ; TUNIS : 88 et 6000 ; ZAGHOUAN : 29 et 2843.

Ces services médicaux du travail aussi bien autonomes qu'interentreprises couvrent actuellement environ 300 000 salariés et emploient des médecins vacataires et environ 80 médecins du travail à plein temps.

Les textes législatifs ayant été promulgués, les structures mises en place, les entreprises économiques doivent être motivées pour intégrer la notion de sécurité et santé au travail dans leur programme de mise à niveau avec la collaboration des partenaires sociaux afin de réaliser notre but essentiel : la sauvegarde de l'Homme et l'essor de l'entreprise.

Docteur Mohamed BEN LAIBA

Directeur de la Médecine du Travail et des Maladies Professionnelles