

Les systèmes d'information des régimes de
sécurité sociale relatifs aux accidents de travail
et aux maladies professionnelles :

vers un entrepôt national de données ?



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE
Département santé travail

12, rue du Val d'Osne - 94415 Saint-Maurice cedex
Tél. : 33(0) 1 41 79 67 00 - Fax : 33(0) 1 41 79 67 67
<http://www.invs.sante.fr>



INSTITUT DE
VEILLE SANITAIRE

	Résumé	p 3
	Introduction	p 5
1	Salariés du régime général de sécurité sociale	p 8
	1.1. Population concernée	p 8
	1.2. Processus de réparation/indemnisation	p 8
	1.3. Les logiciels informatiques	p 10
	1.4. Autres services, internes ou externes au régime général, impliqués	p 11
	1.5. Le SNIIR-AM	p 12
2	La mutualité sociale agricole	p 15
	2.1. La population concernée	p 15
	2.2. Processus de réparation	p 15
	2.3. Systèmes informatiques	p 15
3	Fonction publique territoriale et hospitalière	p 16
	3.1. Population concernée	p 16
	3.2. Processus de réparation et d'indemnisation pour les fonctionnaires	p 17
	3.3. Les systèmes informatiques	p 17
	3.4. Les données recueillies dans PRORISQ	p 17
4	La fonction publique de l'Etat	p 20
	4.1. Population concernée	p 20
	4.2. Le processus de réparation	p 20
	4.3. Les systèmes d'information	p 20
5	Les principaux régimes spéciaux	p 21
	5.1. La SNCF	p 21
	5.2. La RATP	p 22
	5.3. EDF-GDF	p 23
6	Synthèse de l'état des lieux et propositions	p 24
	6.1. Sélection des événements de santé	p 24
	6.2. Données	p 25
	6.3. Propositions	p 25
7	Un entrepôt AT/MP national, pour quoi faire ?	p 27
	7.1. Les demandes d'EUROSTAT et d'autres organismes internationaux	p 27
	7.2. Besoins pour la veille sanitaire	p 28
	7.3. Connaissances statistiques ou indicateurs épidémiologiques ?	p 30
8	Conclusion	p 31
	Références bibliographiques	p 33
	Annexe 1 - Personnes interviewées	p 35

Les systèmes d'information des régimes de sécurité sociale relatifs aux accidents de travail et aux maladies professionnelles : vers un entrepôt national de données ?

Ce document a été rédigé principalement par :

Anne Chevalier, épidémiologiste, Département santé travail, InVS

ainsi que par :

Marcel Goldberg, épidémiologiste, Département santé travail, InVS

Ellen Imbernon, épidémiologiste, Département santé travail, InVS

Les annexes ci-dessous sont téléchargeables sur le site internet de l'InVS sur le lien www.invs.sante.fr/publications/2006/atmp

Annexe 2	Notice d'utilisation et formulaire "déclaration des maladies professionnelles" Notice d'utilisation et formulaire "déclaration d'accident du travail" au régime général de sécurité sociale
Annexe 3	Description du système informatique de production du régime général de sécurité sociale
Annexe 4	Avis du Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles
Annexe 5a	Schéma d'organisation des Datamarts du SNIIRAM
Annexe 5b	Demande d'avis à la Cnil pour la construction d'une base décisionnelle AT/MP au régime général de sécurité sociale - architecture et finalités
Annexe 6	Formulaire de déclaration d'accident du travail - Formulaire de déclaration de maladie professionnelle au régime agricole
Annexe 7	Rapport hiérarchique de maladie professionnelle / accident de service / accident de trajet dans la fonction publique territoriale ou hospitalière
Annexe 8	Données exploitables dans la base "gestion des risques" du SGMC d'EDF-GDF
Annexe 9	Liste Européenne des maladies professionnelles, 2002
Annexe 10	Fiche de saisie manuelle de l'observatoire des MP de l'échelon médical régional Île-de-France
Annexe 11	Arrêté du 20 juin 2005 relatif à la mise en œuvre du système national d'information interrégimes de l'assurance maladie

Abréviations

Anaes	Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé
AT	Accident de travail
ATI	Allocation temporaire d'invalidité
CDC	Caisse des dépôts et consignation
CIM9	Classification internationale des maladies, neuvième révision
Circ	Centre international de recherche sur le cancer (en anglais IARC)
CMI	Certificat médical initial
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CnamTS	Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés
Cnil	Commission nationale de l'informatique et des libertés
CNIEG	Caisse nationale des industries électrique et gazière
CNITAT	Cour nationale de l'incapacité et de la tarification des accidents de travail
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CRA	Commission de recours amiable
Cram	Caisse régionale d'assurance maladie
CRRM	Comité régional de réparation des maladies professionnelles
CTI	Centre de traitement de l'information (régime général)
CTN	Comité technique national (régime général)
CTR	Comité technique régional (régime général)
DGAFP	Direction générale de l'administration et de la fonction publique
Drass	Direction régionale de l'action sanitaire et sociale
DRTEFP	Direction régionale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle
EDF-GDF	Electricité de France - Gaz de France
ERSM	Echelon régional du Service médical (régime général)
Eurogip	Groupement d'intérêt public constitué en 1991 par la branche AT/MP de la CnamTS et l'INRS
EUROSTAT	Organisme statistique européen
Fiva	Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante
IJ	Indemnités journalières
INRS	Institut national de recherche et de sécurité pour la prévention des accidents du travail et les maladies professionnelles
IPP	Incapacité permanente partielle
ITT	Incapacité temporaire totale
MP	Maladie professionnelle
MSA	Mutualité sociale agricole
NAF	Nomenclature d'activités françaises
OIT	Organisation internationale du travail
PCS	Profession et catégorie sociale
RATP	Régie autonome des transports parisiens
Sepes	Service études, prospective, évaluation et statistiques
SNCF	Société nationale des chemins de fer français
SNIIR-AM	Système national d'information interrégimes de l'assurance maladie
SUMER	Etude sur la surveillance des risques professionnels conçue par la Dares et la DRT réalisée en 1994-1995 par les inspections régionales auprès de médecins volontaires
Tass	Tribunal des affaires de sécurité sociale
TCI	Tribunal du contentieux de l'incapacité
UNICANSS	Union des caisses nationales de sécurité sociale

Résumé

Pour répondre à la mission que lui a confiée la Loi relative à la politique de santé publique du 9 Août 2004 (« mettre en œuvre, en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail (AT), les maladies professionnelles (MP), les maladies présumées d'origine professionnelles et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail, collectées conformément à l'article L.1413-4 » (Article 15, alinéa 6)), le Département santé-travail de l'InVS a entrepris une double démarche :

- réaliser un état des lieux des systèmes de réparation des AT et des MP dans les principaux régimes de sécurité sociale, en considérant les différentes étapes du processus de réparation et les moyens mis en œuvre, y compris les moyens informatiques et les données recueillies,
- évaluer les besoins en informations relatives aux risques sanitaires en milieu professionnel des acteurs potentiels de la réparation et de la prévention, en tenant compte des contraintes existant à tout niveau.

Le Régime général de sécurité sociale et la Mutualité sociale agricole (MSA), pour lesquels le processus de réparation est tout à fait similaire (déclaration envoyée à l'organisme de sécurité sociale et, en cas de reconnaissance, remboursement des soins et des indemnités journalières, évaluation des séquelles, attribution d'un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) et d'une rente par la sécurité sociale) ont, chacun de leur côté, mis en place récemment un entrepôt de données permettant la gestion de toutes les étapes de ce processus, l'établissement de statistiques, la tarification des employeurs dans le cas du régime général et l'analyse de la sinistralité. Pour EDF-GDF, dont les employés bénéficient d'un régime particulier de sécurité sociale, la reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ou de la maladie est effectuée par le régime général. Le régime particulier de sécurité sociale qui gère la partie indemnisation dispose d'un logiciel spécialisé. La SNCF et la RATP, régimes spéciaux de sécurité sociale qui procèdent de la même façon que le régime général, ont mis en place des logiciels internes à chaque entreprise. En revanche, le processus de réparation des trois fonctions publiques est différent : c'est le service des ressources humaines de la victime d'un accident du travail (AT) ou d'une maladie professionnelle (MP) qui gère le processus (élaboration d'un rapport hiérarchique) ; « l'imputabilité au service » est prononcée par une commission de réforme qui dans un deuxième temps peut attribuer une « allocation d'invalidité » (en accord avec l'ATIACL, service spécialisé de la Caisse des dépôts et consignation, pour la fonction publique territoriale et hospitalière).

En dehors des acteurs internes à chaque régime de sécurité sociale, qui naturellement ont besoin d'outils améliorant l'efficacité de la gestion des AT/MP, les acteurs potentiels des systèmes d'informations portant sur les AT/MP sont tous ceux qui gèrent les coûts ou qui interviennent dans le champ de la connaissance des risques professionnels ou dans celui de la prévention de ces risques, soit localement, soit dans l'élaboration de politiques globales ou locales. L'analyse des besoins de ces acteurs permet d'établir la liste suivante :

- besoin de gestion et d'amélioration de l'efficacité de la réparation (délai) ;
- besoin d'évaluation et de contrôle des coûts ;
- besoin de prévision et de planification des coûts (avec la question pendante d'une réforme de la tarification) ;
- besoin de connaissances statistiques, en particulier pour l'Etat (en cohérence avec les recommandations européennes) ;
- besoin d'analyser la sinistralité en vue de prévention ;
- besoins de veille sanitaire pour aider les décideurs à hiérarchiser l'importance des problèmes, à établir des priorités d'action et à réaliser des actions nationales et/ou locales.

C'est à l'ensemble de ces besoins que devra répondre l'outil statistique souhaité par la Loi relative à la politique de santé publique du 9/08/2004. Les trois derniers objectifs demandent une analyse approfondie car les résultats de cette analyse conditionneront le choix d'une solution pour la mise en œuvre d'un outil statistique centralisateur.

Le Département santé travail de l'InVS propose une expérimentation qui pourrait durer un an : un échantillon de données provenant du régime général et un échantillon de données provenant de la MSA feront l'objet d'une analyse, d'une part sur la cohérence et la compatibilité des données (type de données recueillies, nomenclatures...), d'autre part sur les utilisations possibles (calcul d'indicateurs

statistiques, calcul d'indicateurs de veille sanitaire basés sur des résultats épidémiologiques). Des données de la SNCF, de la RATP et d'EDF-GDF pourraient également être incluses dans cette expérimentation. Parallèlement, un essai d'informatisation des données individuelles devra être mis en place pour les trois fonctions publiques : soit à partir de la base PRORISQ de la Caisse des dépôts et consignation, soit à partir du Système d'information des ressources humaines (SIRH) de la fonction publique de l'Etat. A l'issue de ces deux types d'expérimentation, les résultats permettront de choisir une solution adaptée : cohabitation de systèmes différents ou intégration dans un même entrepôt national de données dans un cadre structurel qu'il reste à déterminer.

Introduction

Contexte

La Loi relative à la politique de santé publique du 9 août 2004 stipule que : l'InVS « met en œuvre, en liaison avec l'assurance maladie et les services statistiques des départements ministériels concernés, un outil permettant la centralisation et l'analyse des statistiques sur les accidents du travail (AT), les maladies professionnelles (MP), les maladies présumées d'origine professionnelle et de toutes les autres données relatives aux risques sanitaires en milieu du travail, collectées conformément à l'article L.1413-4 » (Article 15, alinéa 6).

D'autre part, une mission conjointe Igas-Insee dont il est fait référence dans le plan « Santé au travail », publié en février 2005 [1], a été chargée à la demande la Direction de l'animation de la recherche, des études et des statistiques (Dares) et de la Direction des relations du travail (DRT), d'établir un audit de l'organisation du système d'information statistique des principaux régimes AT-MP (CnamTS, MSA, Fonction publique), afin de déboucher sur des propositions d'amélioration et d'harmonisation des publications des statistiques d'origine administrative en matière d'AT et de MP. Cette mission confiée à messieurs Daniel Lejeune, membre de l'Igas et Alain Vienot, inspecteur général de l'Insee, nécessitait une mise à plat des systèmes existants ; elle a émis un certain nombre de propositions [2].

Enfin, en février 2005, était signée une première convention d'objectifs et de gestion entre la branche AT/MP de la CnamTS et l'Etat, prévoyant, entre autres, d'améliorer les statistiques et les études de la branche AT/MP en étendant la connaissance sur le risque professionnel, en améliorant la présentation des statistiques de cette branche, en comprenant et prévoyant mieux ses évolutions, enfin, en améliorant la diffusion de ces statistiques.

Ces différentes mesures prises au cours des années 2004-2005 montrent donc l'intérêt croissant des pouvoirs publics pour le champ de la santé au travail en vue d'améliorer les connaissances et la prévention des risques professionnels. Elles s'inscrivent dans un projet plus vaste d'évaluation et d'amélioration du système de réparation. Plusieurs travaux, par exemple, le rapport de la cour des comptes intitulé « la gestion du risque AT et MP », 2002 [3], ont bien montré les limites des systèmes d'informations existants : il est impossible actuellement d'avoir une idée du nombre réel des MP et des AT indemnisés au niveau français.

C'est dans ce contexte et pour répondre à cette nouvelle mission que l'InVS a entrepris une démarche auprès des différents organismes de sécurité sociale : CnamTS, MSA, et principaux régimes spéciaux (régime de sécurité sociale de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale et hospitalière, SNCF, RATP, EDF-GDF). Cette démarche a consisté à rencontrer des représentants de ces différents régimes, à vérifier avec eux les détails de la législation concernant les AT et les MP, à décrire le processus de réparation et les moyens, y compris informatiques, mis en œuvre pour sa réalisation, enfin à mettre à plat les systèmes informatiques, les données recueillies et les possibilités de contribuer à l'analyse statistique des AT/MP au niveau français.

Après cette étape décrivant l'existant, une seconde démarche a consisté à tenter de lister les besoins des différents acteurs intervenant dans le champ des risques professionnels et ceux des utilisateurs potentiels de ces données. Enfin, des éléments de propositions ont été élaborés, tenant compte des résultats des deux démarches précédentes. Ce rapport comprend donc trois parties correspondant à ces trois étapes.

Evénements étudiés

Rappelons succinctement l'historique (cf. le site de la sécurité sociale : www.assurance-sociale.fr) : En créant une responsabilité sans faute (exception faite de la faute inexcusable), la loi du 9/04/1898 a constitué un progrès par rapport à la situation précédente : elle permettait une réparation rapide en cas d'accident du travail, l'employeur étant présumé responsable. La Loi du 25/10/1919 a créé un système voisin pour les MP. Enfin, la Loi du 30/10/1946 a intégré les textes relatifs aux AT et aux MP dans la législation de la sécurité sociale qui se voyait chargée de la gestion de ces risques, moyennant le paiement de cotisations par les employeurs [3].

Ce rapport porte sur les accidents de travail, les accidents de trajet et les MP entrant dans le système de réparation géré par la sécurité sociale. Il concerne donc principalement les personnes salariées. Contrairement aux accidents de travail et aux accidents de trajet qui, par définition, surviennent pendant la période d'activité, certaines MP peuvent être diagnostiquées longtemps après la cessation de l'activité professionnelle.

Tout accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle peut entraîner :

- une incapacité temporaire de travail (ITT) ;
- des frais médicaux et pharmaceutiques, voire des frais chirurgicaux, d'hospitalisation et de prothèse ;
- une incapacité permanente partielle (IPP), due à des séquelles subsistant après consolidation de l'état médical.

Quel que soit le régime de sécurité sociale, l'incapacité temporaire de travail et les prestations en nature ne sont pas remboursées en accident du travail, accident de trajet ou maladie professionnelle de la même manière dont ils le sont au titre de la maladie. L'indemnisation de l'IPP est différente selon les régimes de sécurité sociale. Dans l'enquête effectuée auprès des régimes de sécurité sociale, nous avons considéré ces trois sources de frais générés par les AT et les maladies professionnelles.

Un problème de définition

Les régimes de sécurité sociale, constitués historiquement au fil du temps, couvrent différents risques regroupés au sein de « branches » ([http : www.securite-sociale.fr/](http://www.securite-sociale.fr/)).

On distingue les branches :

- « Maladie » qui s'intéresse, d'une part aux prestations en nature (remboursement des soins), d'autre part aux prestations en espèces (pensions, indemnités journalières ou maintien du salaire...);
- « AT/MP » ;
- « Famille » ;
- « Vieillesse ».

Les principaux régimes de sécurité sociale sont ([http : www.securite-sociale.fr/](http://www.securite-sociale.fr/)) :

- le régime général ;
- le régime agricole,
- le régime des artisans et commerçants ;
- le régime des professions libérales ;
- les régimes spéciaux institués en faveur de certaines catégories de travailleurs salariés.

Au sein des régimes spéciaux, on peut distinguer deux catégories :

- les régimes spéciaux proprement dits, en ce sens qu'ils couvrent la totalité des risques (par exemple : la SNCF, les mineurs ou les marins) ;
- les régimes partiellement spéciaux appelés régimes particuliers qui excluent de leur champ de couverture les prestations en nature de l'assurance maladie (par exemple : les fonctionnaires de l'Etat, EDF-GDF). Ces régimes spéciaux font appel au régime général pour ces prestations.

La population bénéficiaire du régime général comprend principalement les salariés du secteur privé des professions industrielles, commerciales, artisanales et libérales, ainsi que les assistantes maternelles, les employés de maison et gardiens d'immeuble, les agents non titulaires de la fonction publique et les ouvriers de l'Etat du ministère de la Défense.

Jusqu'à une date récente, il était plus simple de définir ces bénéficiaires par la négative : ce sont tous les travailleurs salariés qui ne bénéficient pas d'un régime spécial de sécurité sociale (fonction publique de l'Etat, fonction publique territoriale, fonction publique hospitalière, salariés de la marine marchande, des entreprises minières, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-GDF, de la banque de France...).

Actuellement, avec la généralisation de l'utilisation du NIR (Numéro d'identification au répertoire des personnes physiques), propre à chaque personne dans les fichiers de sécurité sociale, il est possible de dénombrer les affiliés par caisse d'assurance maladie. On peut alors considérer comme compris dans l'assurance maladie du régime général, par exemple, les salariés de la fonction publique, les sections locales mutualistes tenant lieu de Caisse primaire d'assurance maladie pour la gestion des

prestations en nature de la branche maladie. Avec cette définition, au 31 décembre 2001, 84,1 % de la population française était protégée par le régime général pour la couverture « Maladie » [4].

Cependant, pour connaître la réalité de la gestion des AT et MP et les données existantes, cette nouvelle définition n'était pas opérationnelle, car ce risque n'est pas géré par la branche Maladie mais par des branches spécialisées ou directement par les employeurs (fonction publique de l'Etat). Nous nous sommes donc rapprochés des différents organismes de sécurité sociale. Le régime des artisans et commerçants et celui des professions libérales ne concernant pas les salariés et ne couvrant pas le risque AT/MP, nous avons finalement restreint notre enquête au régime général, à la MSA, à la fonction publique territoriale et hospitalière, à la fonction publique de l'Etat et à certains régimes spéciaux couvrant un nombre important de salariés : SNCF, EDF-GDF, RATP.

Chapitre : les principaux régimes de sécurité sociale : processus de réparation et données existantes

1. Salariés du régime général de sécurité sociale

1.1. Population concernée

La population bénéficiaire de ce régime comprend principalement les salariés du secteur privé des professions industrielles, commerciales, artisanales et libérales. D'après les statistiques de la Direction des risques professionnels de la CnamTS [5], l'effectif des salariés en activité (secteur privé uniquement) s'élevait à 17 963 365 en 2003, se répartissant entre 1 976 517 établissements.

1.2. Processus de réparation/indemnisation [3,6]

(<http://www.risquesprofessionnels.ameli.fr>)

1.2.1. La phase de reconnaissance du caractère professionnel

La figure n°1 résume le processus : le salarié (en cas de maladie professionnelle) ou l'employeur (en cas d'accident du travail) adresse la déclaration accompagnée du certificat médical descriptif initial (CMI), en double exemplaire, à la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont dépend le salarié. En cas de maladie professionnelle (CERFA 60-3950, Annexe 2), le salarié doit indiquer la maladie dont il est atteint et la date de première constatation, le dernier employeur (N° SIRET) et les emplois antérieurs où il a été exposé au risque. Le principe de la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie est qu'il existe une présomption d'origine si les conditions (de pathologies, de délai de prise en charge, de durée d'exposition ou de tâches) définies dans les tableaux sont respectées [7]. Les dossiers qui ne répondent pas strictement aux termes des tableaux de MP sont examinés au cas par cas par les Comités régionaux de réparation des maladies professionnelles (CRRMP), système complémentaire de reconnaissances des MP, créé en 1993. Il s'agit des « alinéas 3 », maladies pour lesquelles il existe des tableaux mais qui ne répondent pas à tous les critères de ces tableaux ainsi que les « alinéas 4 », maladies pour lesquelles il n'existe pas de tableau mais que le médecin ou le salarié pensent associées au travail si elles doivent entraîner un taux d'incapacité partielle permanente de 25 % ou plus. En cas d'accident de travail (CERFA 60-3682, Annexe 2), l'employeur indique l'établissement (N° SIRET), la date d'embauche et la qualification de la victime, ainsi que certaines caractéristiques de l'accident : lieu, date, horaires de la victime, circonstances détaillées de l'accident (en clair), siège et nature des lésions ainsi que les notions de témoins et de tiers responsable.

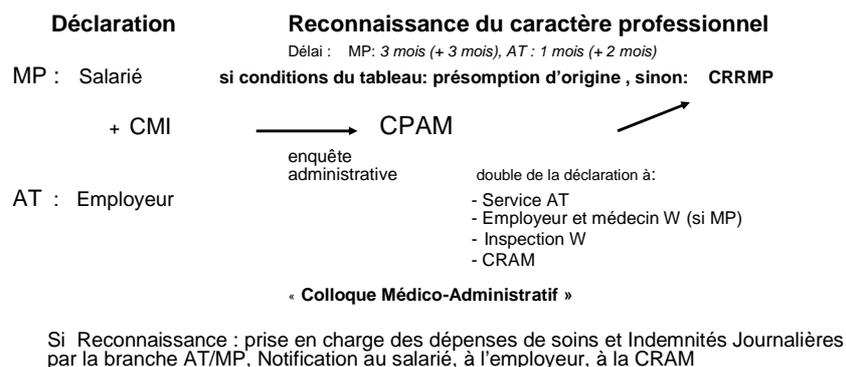
La CPAM va instruire le dossier. Elle envoie un double de la déclaration à la Cram (pour la tarification à l'employeur), à l'employeur et éventuellement au médecin du travail en cas de MP, enfin à l'inspection du travail (accompagné d'un exemplaire du CMI en cas de maladie professionnelle). Une enquête administrative a lieu pour évaluer les conditions de survenue ou d'exposition (un inspecteur de la Cram peut apporter son aide), tandis que le médecin conseil évalue les lésions ou l'état de santé.

Le « colloque médico-administratif », lien régulier entre échelon administratif et échelon médical, permet d'établir la reconnaissance ou le rejet du caractère professionnel. Au cours de ces réunions conjointes, sont examinées la transmission éventuelle au CRRMP, la détermination de la date de première constatation médicale de la maladie, la nécessité de demander des renseignements complémentaires au médecin qui a rempli le CMI, à l'employeur, au médecin du travail, ou de convoquer le salarié pour un examen par le médecin conseil. Depuis 1999, le délai d'instruction, c'est-à-dire le temps écoulé entre la date de réception de la déclaration et la date de décision, est de 1 mois (+ éventuellement 2 mois) en cas d'accident du travail et de 3 mois (+3 mois) en cas de maladie professionnelle.

La CPAM envoie au CRRMP (système complémentaire de reconnaissance des maladies professionnelles, créé en 1993) les « alinéas 3 » (maladies pour lesquelles il existe des tableaux mais

qui ne répondent pas à tous les critères de ces tableaux) ainsi que les « alinéas 4 » (maladies pour lesquelles il n'existe pas de tableau mais que le médecin ou le salarié pensent associées au travail) si elles doivent entraîner un taux d'Incapacité Partielle Permanente de 25% ou plus. Ces dossiers qui ne répondent pas strictement aux termes des tableaux de MP sont donc examinés au cas par cas par les CRRMP.

Figure N°1: Processus de Réparation/Indemnisation des AT/MP au régime général



Dès que la reconnaissance du caractère professionnel est faite, tous les frais (soins et indemnités journalières) qui avaient été pris en charge par la branche maladie lui sont remboursés par la branche AT/MP et imputés sur le compte de l'employeur par la Cram dont il dépend, en vue d'établir ultérieurement la tarification des cotisations patronales. C'est pourquoi, il est fait notification de la reconnaissance ou du rejet à la Cram, au salarié et ainsi qu'à l'employeur (pour recours éventuel). En cas de reconnaissance, une régularisation est alors effectuée car l'indemnisation au titre AT/MP n'est pas la même qu'au titre maladie : par exemple, les prestations en nature sont prises en charge à 100% du tarif de responsabilité des caisses, les indemnités journalières sont versées dès le premier jour d'arrêt de travail et sans distinction de jour ouvrable ou non et ne sont pas imposables...

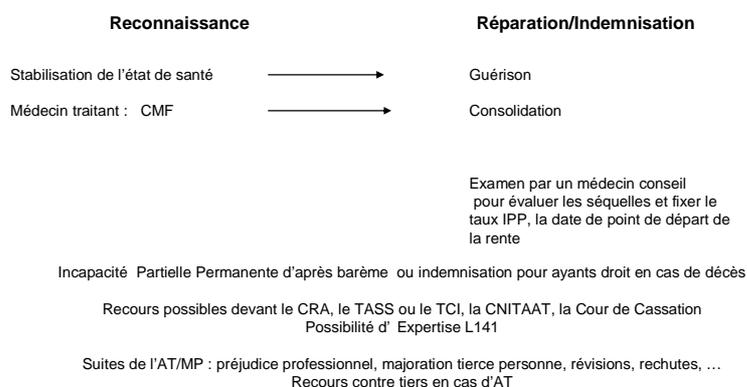
1.2.2. La phase d'indemnisation

Lorsque l'état de santé du salarié est stabilisé, le médecin traitant déclenche la procédure de reconnaissance de l'IPP (Figure N°2): si le certificat médical final porte la mention « guérison », le processus s'arrête là. S'il porte la mention « consolidation », un examen médical permet au médecin conseil d'établir le taux IPP en se basant sur un barème indicatif forfaitaire (par exemple le barème indicatif d'invalidité pour maladie professionnelle et accident du travail de l'UNCANSS, Union des caisses nationales de sécurité sociale). Le taux d'incapacité peut être corrigé par un « coefficient professionnel » prenant en compte la nature de la perte de capacité de gain. En cas de décès avant cet examen médical, si la relation AT ou MP/ décès est établie, une indemnisation est donnée aux ayants droit. En dessous de 10%, le taux IPP donne droit à un capital, au-dessus de 10% à une rente.

Les victimes peuvent engager un recours devant la CRA (Commission de recours amiable), le TCI (Tribunal du contentieux de l'incapacité), le Tass (Tribunal des affaires de sécurité sociale), la CNITAT (Cour nationale de l'incapacité et de la tarification des AT) ou enfin devant la cour de cassation. Une expertise médicale (article L-141) peut être demandée par le médecin conseil en cas de problème d'ordre médical.

Selon l'évolution de l'état de santé du salarié, le taux IPP peut être revu au cours du temps. C'est pourquoi, les dossiers AT/MP ne sont clos qu'avec le décès du salarié. Jusqu'à une date récente, c'était la CPAM qui avait ouvert le dossier qui en assurait le suivi dans le temps. Depuis peu, les dossiers « suivent » les salariés vers la CPAM de leur lieu d'habitation.

**Figure N°2 : Processus de Réparation/Indemnisation
des AT/MP au régime général**



1.3. Les logiciels informatiques

Dans le processus de réparation des AT et des MP, le service médical et les gestionnaires sont également impliqués. Des recueils de données existent dans les deux types de service. Ces recueils de données ont été faits au cours du temps pour des buts précis (expertise médicale, gestion, tarification...).

Le logiciel de gestion des AT/MP au niveau du service administratif des CPAM s'appelle ORPHEE (mise en service vers 2000). Implanté dans les CTI (Centre de traitement de l'information), il enregistre toutes les données nécessaires à l'instruction du dossier au fur et à mesure du processus et jusqu'à la reconnaissance du caractère professionnel : la date d'arrivée de la déclaration dans le service, toutes les données figurant sur celle-ci (dont les données professionnelles en clair), les données du certificat médical initial, y compris le libellé figurant sur celui-ci (non codé) (Annexe 2), puis les données provenant du service médical (par exemple, tableau de maladie professionnelle ou lésions et séquelles), les transmissions d'information, des documents résumés, les décisions prises avec leur date... Ne sont rentrés dans ce logiciel que les bénéficiaires du régime général proprement dit.

Ce logiciel permet d'éditer des lettres types en temps voulu à chacun des acteurs impliqués. Par exemple, il est utilisé pour établir un résumé des données professionnelles (expositions diverses, conditions de travail...) destiné au médecin conseil. Il comprend un échéancier alertant tous les jours sur les dossiers dont le délai de traitement arrive à échéance et l'action urgente à réaliser pour rester dans les temps. Il permet d'établir des statistiques locales de fonctionnement (par exemple, délai moyen de traitement selon le tableau de maladie professionnelle, le nombre et le taux d'accidents de travail ou de MP rejetés...). Les requêtes peuvent être préétablies ou faites à la demande. Ces statistiques sont élaborées pendant la nuit.

En Ile-de-France, certaines CPAM effectuent la gestion des rentes IPP, c'est-à-dire ce qui se passe après la consolidation (Figure N°2), « à la main » avec dossier papier, mais un logiciel appelé EURYDICE devrait prochainement être mis en place (actuellement en test à la CPAM de BOBIGNY). Dans les autres régions, le logiciel STAR permet la gestion des rentes.

Les CTI traitent les données des CPAM pour ERASME (fichier des remboursements) : rajout de données provenant des mutuelles, mise à jour des adresses des salariés pour le règlement des prestations et des pensions, élaboration de statistiques et leur remontée vers l'échelon national et vers le SNIIR-AM. Les CPAM ne fournissent au niveau central aucun fichier de données individuelles concernant les AT/MP, exception faite des données de dépenses de santé fournies pour ERASME et maintenant pour le Datamart AT/MP du SNIIR-AM (cf. paragraphe 1.5). Pour la CPAM du Val-de-

Marne, c'est le CTI situé à Brie/Marne et à Rubelles, appelé CESTIF, qui traite ces données. Des détails sur le système informatique de production sont donnés en Annexe 3.

De leur côté, les médecins conseils enregistrent dans la base HIPPOCRATE-Production, base du Service Médical, les avis médicaux individuels concernant les MP ou les AT. HIPPOCRATE-Décisionnel permet d'établir des statistiques, localement, régionalement ou nationalement sur des fichiers élaborés à partir d'HIPPOCRATE-Production, seuls fichiers comportant de données médicales.

1.4. Autres services, internes ou externes au régime général, impliqués

1.4.1. Les Cram

Au sein des Cram, la Direction des risques professionnels comprend le service de la tarification et le service de la prévention. Le premier établit le décompte des frais occasionnés par les AT et les MP pour chaque entreprise. Ce décompte permet d'établir la tarification des entreprises [3]. Le service de la prévention réalise des actions de prévention, notamment en collaboration avec l'INRS, et vérifie que les règles de sécurité sont respectées (ingénieurs de sécurité). Les Cram établissent également des statistiques (<http://www.ameli.fr>).

Processus : Les services tarification des Cram disposent d'un fichier des établissements (entreprises ou parties d'entreprise) de leur région qui provient des DADS (déclarations annuelles des données sociales). Ce fichier comprend, entre autres, pour chaque établissement, des informations telles que le nombre de salariés, la masse salariale... Les Cram sont destinataires d'un des volets de la déclaration d'AT ou de MP. Les déclarations d'AT/MP sont saisies et codées (y compris les informations médicales telles que le siège et la nature des lésions ou le tableau de maladie professionnelle probable) par les CRAM elles-mêmes avec l'aide éventuelle des CPAM.

Le logiciel (national) s'appelle SGETAPR (Système de gestion des établissements tarification-prévention). Le compte employeur (identification : n° SIRET) qu'il gère comprend l'effectif, la masse salariale et pour chaque accident ou maladie professionnelle d'un salarié de l'établissement, les frais, les rentes, les IJ ... au fur et à mesure de l'instruction du dossier. Ces données individuelles viennent des CPAM (reconnaissance ou rejet avec les dates, les IJ, les frais médicaux, les rentes,...) via les CTI, sous forme de données incorporées aux données ERASME extraites du fichier géré par ORPHEE. Ces mises à jour sont mensuelles. Des données financières (Logiciel IMAGE) sont aussi rajoutées à ce fichier.

Il existe en Ile-de-France une exception par rapport aux autres Cram : c'est l'Urssaf qui gère les rentes mais c'est la Cramif qui les paye. De même, la Cramif gère et paye les invalidités. (Remarque : toutes les Cram gèrent et payent les frais liés à l'amiante).

En dehors du calcul du taux de tarification et de toutes les charges qui s'y rattachent, le logiciel permet des statistiques internes :

- des statistiques technologiques (présentées au CTR) et à la sous-direction de la prévention ;
- des statistiques financières pour chaque établissement, la région et l'échelon national.

Le fichier créé par SGETAPR est utilisé également par le service prévention pour détecter des établissements à risques importants. Un logiciel informationnel appelé CASSIOPEE permet de faire des requêtes sur le fichier créé et géré par SGETAPR.

PROJETS : Il est prévu une refonte du logiciel de réparation et du logiciel de tarification dans le cadre du Datamart AT/MP du SNIIR-AM (cf. paragraphe 1.5) :

Le système pour la réparation s'appellera EYRYDICE2. Ses fonctionnalités cumuleront celles d'ORPHEE et d'EYRYDICE ou STAR. Il en sera de même avec la tarification. Un seul système sera accessible à tous les acteurs qui auront accès aux données les concernant sur habilitation. Ce système ne comprendra pas de données médicales sauf celles introduites par les Cram, i.e. les lésions codées, les tableaux de MP...appelées données médico-administratives.

1.4.2. L'Echelon régional du service médical (ERSM)

Les régions ont désigné un médecin référent en AT/MP qui peut aider l'échelon médical local, en particulier en cas de maladie professionnelle. En région Ile-de-France, cet échelon remplace complètement les médecins conseils locaux. Ce service a créé, il y a 5 ans, un observatoire des MP des salariés bénéficiaires du régime général exerçant leur activité dans un établissement situé en Ile-de-France.

Dans la région Ile-de-France, les médecins conseils de cet échelon participent à la constitution de la base HIPPOCRATE-Production. Dans toutes les régions, ils exploitent cette base de données à des fins statistiques grâce à HIPPOCRATE-Décisionnel.

1.4.3. Les 18 CRRMP

Les CRRMP ont compétence pour traiter des dossiers des salariés bénéficiant du régime général mais aussi du régime agricole et d'autres régimes comme la SNCF. Pour les salariés du régime général, ils reçoivent de la CPAM les dossiers MP qui ne remplissent pas l'ensemble des conditions des tableaux de MP (alinéas 3) ainsi que les alinéas 4 [7]. Ces dossiers sont saisis dans le logiciel ORPHEE.

Les CRRMP doivent fournir aux ministères chargés de la sécurité sociale et du Travail un rapport d'activité sous forme de trois documents : le premier constitue un récapitulatif de tous les dossiers présentés au comité pendant une année, les deux autres différencient les maladies relevant de l'alinéa 3 de celles relevant de l'alinéa 4. Ce rapport est réalisé à partir de la base de données des CRRMP grâce au logiciel CESAR. L'échelon national du service médical de la CnamTS reçoit ces rapports sur papier ainsi qu'un extrait informatisé (agent causal, profession, maladie, avis) en vue de statistiques nationales.

Dans leurs avis motivés, les CRRMP enregistrent un nombre succinct de données dont :

- pour l'alinéa 3 : organisme destinataire de l'avis, n° de tableau, code syndrome (CIM9), demandeur (victime ou ayant droit), condition(s) non respectée(s), date de première constatation médicale, éventuellement date de décès, décision du CRRMP et la date, éléments dont le CRRMP a pris connaissance, personnes entendues par le CRRMP ; en cas d'acceptation, poste de travail incriminé, et agents ou travaux en cause (formulaire S 6024 donné en annexe 4) ;
- pour l'alinéa 4 : motif de la saisine du comité, date de réception, passage éventuel en TASS, décision du CRRMP et sa date, éléments dont le CRRMP a pris connaissance, personnes entendues, caractérisation de la maladie soumise à instruction (libellé et code CIM9), poste de travail incriminé (CITP88) et agents ou travaux en cause (code INRS) (formulaire S 6025).

1.4.4. Les DRTEFP

En cas de maladie professionnelle ou de maladie à caractère professionnel, un double de la déclaration est envoyé, en principe, à l'inspecteur du travail qui informe le médecin inspecteur régional du travail et de la main-d'œuvre. En cas d'accident du travail mortel, une enquête est diligentée systématiquement par l'inspection du travail. Ces données sont en principe codées et saisies au niveau de la région mais les pratiques semblent différentes selon les régions. Si l'on compare les MP dénombrées par les Cram à celles dénombrées par les DRTEFP, on constate des écarts parfois importants : l'exhaustivité des cas n'est pas assurée et varie considérablement d'une région à l'autre.

Actuellement, un essai d'exploitation de ces données ainsi que de données issues des Cram est en cours dans quatre régions par les Sepes. Mais cet essai se heurte à de nombreuses difficultés [8].

1.5. Le SNIIR-AM

1.5.1. Objectifs du SNIIR-AM

Le SNIIR-AM (Système d'information interrégimes de l'assurance maladie) a été créé suite à la Loi du 23/12/1998 (article L 161-28-1 du code de la sécurité sociale). Ses objectifs étaient d'améliorer les connaissances sur les dépenses de l'ensemble des régimes de l'assurance maladie et de permettre

un retour d'information auprès des professionnels de santé (« transmettre aux prestataires de soins les informations pertinentes relatives à leur activité, à leurs recettes et, s'il y a lieu, à leurs prescriptions »). La loi de santé publique du 9 août 2004 lui a donné une troisième finalité, définir, suivre et évaluer les politiques de santé publique.

Les données du SNIIR-AM doivent être exhaustives sur tous les régimes de l'assurance maladie en médecine de ville et hospitalisation, individualisées par bénéficiaires anonymes, médicalisées, chaînées, permettant ainsi de connaître les parcours du patient. Il est constitué de Datamarts, c'est-à-dire de magasins (ensembles de fichiers organisés autour d'un thème) engrangés dans un « entrepôt de données » (Annexe 5). L'entrepôt national se trouve à Evreux, dans le Centre de traitement de l'information qui reçoit les données en provenance des autres régimes. Il est géré par la CnamTS.

1.5.2. Le Datamart AT/MP

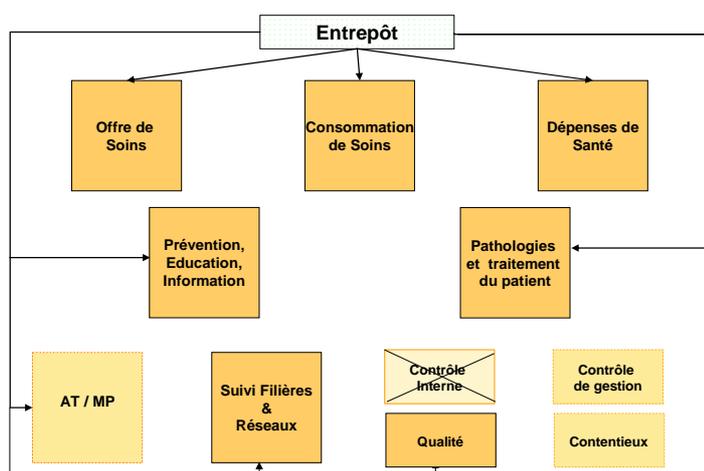
En parallèle aux Datamarts « dépenses de santé » et « consommation de soins » (figure N°3), un Datamart AT/MP est en cours d'achèvement (Annexe 5). Il est complètement indépendant des autres Datamarts du SNIIR-AM, bien que structuré et organisé selon les mêmes règles. A priori, contrairement aux autres Datamarts, il ne devrait concerner que le régime général. Il est géré par la branche AT/MP de la CnamTS et ses objectifs sont les suivants :

- enrichir l'information: c'est-à-dire aider à mieux appréhender les caractéristiques des risques liés au travail, de la sinistralité, des dommages corporels, des dépenses d'indemnisation, de l'activité des caisses..., cibler les actions de prévention grâce à une meilleure connaissance de la sinistralité, diffuser les études sur les AT et les MP ;
- Evaluer l'activité de la branche, c'est-à-dire, suivre et mieux évaluer les impacts de l'activité de la branche ;
- Développer un outil d'aide à la décision : les analyses doivent permettre d'éclairer la prise de décision pour accompagner la mise en œuvre de mesures nouvelles.

L'entrepôt de données répond à trois fonctions comprenant trois étapes différentes : une étape « collecte », une étape « intégration », une étape « présentation et diffusion ».

Figure N°3 : architecture de l'entrepôt de données

La restitution en 11 Datamarts



Formation SNIIR-AM / CNAMTS -
DSE
octobre 2005

1

L'étape collecte se fait à partir de quatre sources de données qui fournissent les informations suivantes : pour NEC, le détail des prestations payées en cas d'AT/MP (prestations en nature, indemnités journalières...), pour ORPHEE, les événements de gestion du dossier AT/MP, pour EURYDICE, des informations sur les bénéficiaires d'une rente et sur ses prestations, pour SGETAPR, les informations sur les employeurs et sur les prestations imputées.

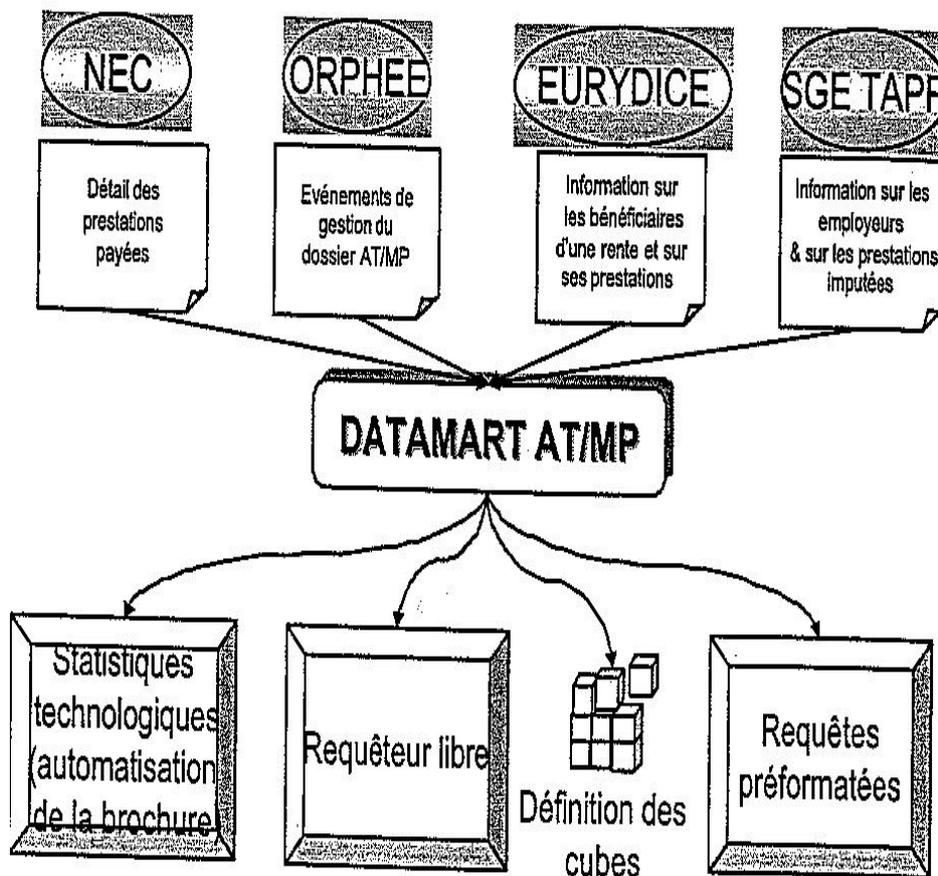
L'étape intégration concerne l'extraction et la mise à jour à partir des différentes sources de données. Ainsi, à titre d'exemple, les données extraites d'ORPHEE concernent tous les sinistres déclarés le mois précédent dont la situation a évolué dans la même période, un sinistre étant composé de différents épisodes, par exemple des rechutes. La mise à jour est faite tous les mois.

La profondeur historique de la base primaire sera : de 2 ans, plus l'année en cours pour les données qui concernent les prestations, de 3 ans à compter de la date de rejet pour un sinistre rejeté, de 5 ans à compter de la date de guérison pour un sinistre reconnu, de 15 ans à partir de la date de consolidation pour un sinistre entraînant une IPP, de 5 ans à 30 ans pour les données concernant les entreprises.

L'étape « présentation et diffusion » porte sur la transformation et le traitement des données. Les données sont anonymisées deux fois (FOIN1 et FOIN2) de la même façon que dans les autres Datamarts du SNIIR-AM. On peut ensuite interroger cette base de données, soit en utilisant des requêtes pré-formatées (un certain nombre de tableaux croisés ont été choisis), soit selon des « cubes » (généralisation des tableaux croisés selon différentes dimensions correspondant à des thèmes ou à des sélections). Enfin, certains utilisateurs pourront faire des requêtes libres (figure N°4).

L'accès aux données est pour l'instant strictement réservé aux utilisateurs internes. Le Datamart est opérationnel depuis, la fin de l'année 2005. L'historique de la base sera intégré progressivement. L'accès aux données agrégées pourrait être réalisé après formation comme pour les autres Datamarts, l'accès aux données individuelles passe nécessairement par une demande auprès de la Cnil.

Figure N°4 Schéma du Datamart AT/MP du régime général



2. La Mutualité sociale agricole

2.1. La population concernée

La population active concernée comprend les exploitants (un peu moins de 600 000 personnes en 2002, 660 000 si l'on compte les conjoints et aides familiaux) et les salariés d'exploitations agricoles et d'organismes professionnels comme les coopératives agricoles, le Crédit Agricole, GROUPAMA, la MSA... (environ 1,2 million de personnes en 2002). La MSA est plus qu'un organisme de sécurité sociale, c'est « un organisme professionnel dont la mission est de gérer l'ensemble des risques sociaux des assurés agricoles » [9]. Elle a mis en place dès 1941 (Loi du 5/04/1941) un « guichet unique » pour tous les risques sociaux des assurés agricoles, adapté à la spécificité du monde rural [9]. Elle organise aussi la médecine du travail des salariés (350 médecins du travail) et la sécurité (250 conseillers en prévention).

2.2. Processus de réparation

Pour les salariés, l'assurance obligatoire contre les AT et les MP date de 1972 (Loi du 25/10/1972). Le système AT/MP couvre tout le territoire français, sauf le Bas-Rhin et le Haut-Rhin. Soixante-douze caisses départementales (ou pluri-départementales) assurent la gestion des AT/MP. Elles comprennent un service administratif et un service de contrôle médical.

Le processus de réparation et d'indemnisation des AT et des MP est similaire à celui du régime général de sécurité sociale : le salarié (en cas de MP), l'employeur (en cas d'AT) envoie la déclaration (Annexe 6) à la caisse départementale (ou pluri-départementale) dont dépend le salarié. L'imprimé de déclaration et surtout les tableaux de MP sont spécifiques à la MSA [7,10], mais le principe de présomption d'origine pour les MP inscrites dans un tableau existe comme au régime général.

En cas de MP et s'il n'y a pas de refus administratif, les médecins conseils codent le syndrome, le tableau, l'agent causal. L'enquête sur les expositions est faite par le service administratif, avec l'aide des médecins du travail ou de spécialistes internes de certaines pathologies. Les données de la déclaration sont alors enregistrées dans le logiciel de gestion (fichier SIMPAT) ainsi que les données sur les prestations en nature et les arrêts de travail et, par la suite, éventuellement, le taux IPP et le décès. Certaines caisses enregistrent les données avant la reconnaissance du caractère professionnel.

En cas d'AT, la codification des circonstances de l'AT (lieu, activité, tâche, élément matériel, mouvement accidentel...) est faite par les médecins du travail pour un tiers des cas et par le service administratif pour les deux autres tiers. Le codage des tâches est fait selon une nomenclature propre à la MSA. Elle comprend de nombreuses rubriques pour tenir compte de la diversité des métiers de cette branche d'activité. Les données sont enregistrées dans SIMPAT.

Ce fichier sert aussi pour la tarification des cotisations des employeurs et comprend donc, en plus des renseignements sur l'AT ou la MP et la victime, des informations sur l'employeur.

Pour les exploitants, depuis avril 2002, il existe un système de réparation des AT/MP (ATEXA) dont l'informatisation est en cours. Depuis cette date, les exploitants doivent s'assurer obligatoirement contre les AT et les MP, mais ils ont le choix de l'assureur qui n'est pas obligatoirement la MSA.

2.3. Systèmes informatiques

Les médecins conseils ont leur propre système informatique recueillant les avis médicaux.

Le système informatique permettant au service administratif des caisses de gérer les AT/MP (SIMPAT) enregistre plusieurs groupes d'informations : celles qui concernent le sujet atteint (sexe, âge,...), les circonstances de l'accident, dont l'agent causal, l'entreprise au moment de l'accident de travail (code NAF), les prestations en nature, les indemnités journalières, le taux IPP (revalorisé chaque année depuis 2002).

Il permet des « remontées statistiques » trimestrielles au niveau de la caisse centrale qui valide les fichiers puis les intègre dans le système d'information décisionnel. Avant l'arrivée à l'échelon central, les données individuelles sont anonymisées selon un système propre à la MSA (le même sujet a toujours le même identifiant).

Le Système d'informations décisionnel (SID), santé sécurité au travail : Le système décisionnel centralisé (caisse nationale) a été conçu comme un entrepôt de données en étoile. Il comprend six parties : le fait accidentel, les caractéristiques de la victime, les conséquences médicales, le droit à rentes... ainsi que des données agrégées provenant des populations de chaque établissement (unité de travail). Il est basé sur une architecture logique orientée sur les objectifs permettant des « restitutions métiers », chaque utilisateur ayant une habilitation pour ce qui le concerne. Il existe un descriptif très précis des données. Le système comprend actuellement environ 100 000 déclarations.

Il permet des restitutions selon deux points de vue : une vision « paiement » qui prend en compte tout ce qui a été payé dans l'année (en vue de la tarification) et une vision « date d'événement » qui, à un AT ou une MP, associe toutes ses conséquences (en vue de la prévention). Le système permet la création de « cubes » de données (utilisation de COGNOS, ORACLE, SAS).

La mise au point de ce système décisionnel a entraîné la création d'un espace collaboratif, entre autres avec la CnamTS. La MSA envoie des données au module « dépenses de santé » du SNIIR-AM (norme NTIR).

Ces données servent à établir des statistiques pour le ministère de l'Agriculture. Elles permettent d'établir des profils de risque afin d'élaborer des actions ciblées de prévention (proximité des acteurs d'évaluation des risques et des acteurs de prévention).

3. Fonction publique territoriale et hospitalière

D'après le document « La fonction publique, faits et chiffres 2003 » [11] est défini comme agent de la fonction publique au sens strict : un agent qui travaille dans un organisme dans lequel le recrutement se fait sur la base du droit public : 4,9 millions d'agents sur emploi principal dans la fonction publique, titulaires ou non, répondent à cette définition en décembre 2002. Au sens large, la fonction publique inclut des agents travaillant dans d'autres types d'organismes de droit public mais dont les agents sont soumis au droit privé (EPA à recrutement de droit privé, EPIC hors entreprises publiques, GIP et autres organismes [11]). Il existe trois types de fonction publique : la fonction publique de l'Etat, la fonction publique territoriale et la fonction publique hospitalière.

La loi du 9/04/1947 ratifiant le décret du 31/12/1946 relatif à l'institution d'un régime de sécurité sociale pour les fonctionnaires, a confié aux mutuelles de fonctionnaires la gestion des dossiers de sécurité sociale. Ainsi, les fonctionnaires sont-ils rattachés, autrement dits affiliés, -qu'ils soient mutualistes ou non- à la mutuelle constituée dans le cadre de leur administration et chargée de gérer l'assurance maladie pour le compte de la sécurité sociale. Cependant, cette disposition n'est valable que pour le risque maladie (cf. organigramme sur le site www.assurance-sociale.fr).

Pour le risque AT/MP, globalement, la loi concernant les accidents de service ou les MP est semblable pour les fonctionnaires titulaires des trois fonctions publiques [10]. Mais la gestion de ce risque est réalisée différemment pour la fonction publique de l'Etat et les fonctions publiques territoriale et hospitalière.

3.1. Population concernée

Fin 2001, environ 1 900 000 personnes travaillaient en tant que fonctionnaires des collectivités territoriales et hospitalières [13] ; ce chiffre s'élève à 2 450 000 si l'on rajoute les non-titulaires [11]. Les collectivités concernées sont, pour les collectivités territoriales: les régions, les départements, les communes, les communautés urbaines, les offices publics d'HLM, etc.... pour les collectivités hospitalières : les centres hospitaliers régionaux, les centres hospitaliers départementaux, les hôpitaux locaux, les Centres hospitaliers spécialisés, les centres d'hébergement pour personnes âgées... Sont aussi pris en compte, les centres de gestion (qui gèrent de façon mutualisée le personnel des petites mairies), les pompiers (fonctionnaires et volontaires).

3.2. Processus de réparation et d'indemnisation pour les fonctionnaires

Depuis 1969, il existe un système de réparation obligatoire des AT/MP au sein de la fonction publique territoriale et hospitalière.

Il existe deux types d'indemnisation selon qu'il y a reprise des fonctions ou non : dans le premier cas, l'agent bénéficie de l'ATI (Allocation temporaire d'invalidité) attribuée par l'ATIACL (service de la Caisse des dépôts et consignation gérant le fonds). Son montant dépend des séquelles résiduelles; Un récent décret (mai 2005) étend la notion de maladie professionnelle. Dans le second cas, l'agent bénéficie d'une pension d'invalidité permanente donnée par la CNRACL (Caisse nationale de retraite des collectivités locales). Dans ce dernier cas, la notion de maladie professionnelle n'existe pas. Par contre, peuvent être indemnisées par la CNRACL des « maladies contractées en service ». Nous ne nous intéresserons pas à ces maladies, mais seulement au premier cas.

3.2.1. La reconnaissance de l'imputabilité

Le processus est le suivant [13,14] : en cas d'accident du travail (appelé accident de service) ou de maladie professionnelle, le salarié déclare son problème de santé à l'employeur (service du personnel) tandis que le médecin traitant délivre un certificat médical initial (adressé au service du personnel) décrivant les blessures ou la pathologie. Le salarié envoie à son employeur les feuilles de soins éventuelles. L'employeur établit un rapport hiérarchique exposant la réalité des faits et les circonstances de l'accident de service ou de la maladie professionnelle. Dans ce rapport figurent : le grade, le métier exercé, le service et la raison sociale de la collectivité (Annexe 7).

En cas d'accident de service, sont enregistrés aussi : la date et l'heure de l'accident, le lieu de l'accident, le type d'horaires le jour de l'accident et les horaires habituels de travail, les circonstances de l'accident, enfin, la nature et le siège de la lésion et la latéralité du salarié, l'existence de témoins et celle d'un tiers en cause (Annexe 7).

En cas d'accident de trajet, les mêmes informations sont enregistrées, complétées par des détails sur le trajet : trajet habituel ou pas, durée habituelle du trajet, interruption ou non du trajet, existence ou non d'un constat amiable et d'un constat de police ou de gendarmerie (Annexe 7).

En cas de maladie professionnelle, le rapport hiérarchique de l'employeur comprend le tableau potentiel de la maladie (mêmes tableaux qu'au régime général) et la date du premier diagnostic, la description des substances utilisées par le salarié et des tâches effectuées, la description du risque et des périodes d'exposition. Le médecin du travail ou de médecine préventive remet également un rapport, spécialement pour les MP (fiche de poste, mise en évidence des tâches effectuées par l'agent...) (Annexe 7).

Le rapport hiérarchique est signé par le salarié et le chef de service et envoyé à la commission de réforme (voir plus loin).

En cas d'accident de service, il n'y a pas présomption d'origine et l'imputabilité au travail est établie au cas par cas. En revanche, pour les MP, la présomption d'origine existe : toute affection qui répond aux conditions médicales, professionnelles et administratives mentionnées dans les tableaux visés à l'article L461-2 du code de la sécurité sociale est présumée d'origine professionnelle, sans qu'il soit nécessaire d'en établir la preuve.

L'imputabilité au travail est établie par la commission départementale de réforme, (située en général dans les Drass). La commission départementale de réforme comprend deux médecins généralistes (plus, éventuellement un spécialiste), deux représentants des employeurs, deux représentants du personnel appartenant à la même catégorie que l'intéressé. La commission de réforme doit statuer dans un délai d'un mois à compter de la réception de la demande (délai pouvant être porté à deux mois si nécessaire). Si l'imputabilité au travail est reconnue, le salarié continue à recevoir son traitement jusqu'à la reprise de ses fonctions ou jusqu'à sa mise à la retraite (en cas de maladie professionnelle, une mise à la retraite pour invalidité peut être initiée par l'employeur) et l'employeur prend en charge les frais [15,16].

3.2.2 L'indemnisation

Quand l'état de santé du salarié se stabilise, le médecin traitant établit un certificat médical final indiquant, soit la guérison et la procédure s'arrête là, soit la consolidation et la procédure d'indemnisation est alors engagée : le salarié dépose dans un délai d'un an (après reprise des fonctions) auprès du service du personnel une demande d'allocation signée et datée. L'employeur demande à un médecin agréé d'examiner le salarié pour décrire les lésions, les séquelles et ainsi fixer le taux d'IPP résultant de l'accident ou de la maladie professionnelle. Le rapport médical est adressé par l'employeur à la commission départementale de réforme qui va émettre un avis. Certaines collectivités importantes, par exemple les CHU, ont leurs propres commissions d'experts. ALPIN est un système expert médical d'aide à la fixation des taux IPP. Comme au régime général, doivent être déterminés : la date d'effet et le taux de rémunération.

L'employeur envoie le dossier complet au service compétent de l'ATIACL qui va prendre la décision au vu du dossier (la décision d'imputabilité au travail pour l'ATI peut être différente de celle établie par la commission de réforme pour les frais médicaux et les arrêts de travail). Il statue aussi sur le coefficient professionnel. Après réception de la notification, le salarié peut faire un recours. Il en est de même pour l'employeur.

En accident de service, si le taux IPP est inférieur à 10 %, il n'y a aucune allocation ni en rente, ni en capital. Pour les MP, le seuil est 1 %. Au-dessus de respectivement 10% et 1%, le calcul de l'allocation se fait de la façon suivante :

$$(\text{Montant annuel de référence} \times \text{taux d'invalidité retenu}) / 12$$

L'allocation est revue tous les 5 ans. Si l'état de santé du salarié s'altère et qu'il ne puisse plus exercer son activité professionnelle, il peut passer en invalidité (au sens habituel du terme).

Pour les fonctionnaires des collectivités territoriales et hospitalières, la reconnaissance de MP hors tableaux passe par la commission de réforme et non par le CRRMP.

Le comité médical (instance départementale) est chargé de donner son avis sur les questions médicales qui peuvent être soulevées. Enfin, le comité médical supérieur (Direction générale de la santé) examine les cas litigieux déjà examinés par le comité médical.

En fait, il y a deux types d'imputabilité : celle qui porte sur les prestations en nature et le maintien du salaire et celle qui porte sur l'ATI.

3.3. Les systèmes informatiques

3.3.1. Pour les fonctionnaires

L'ATIACL dispose d'un logiciel de gestion des dossiers des salariés qui font une demande d'allocation temporaire d'invalidité ainsi que les demandes d'invalidité permanente (non reprise du travail). Il recueille en plus de ces éléments quelques données intéressantes dans une optique de surveillance telles que sexe, âge, type de collectivité, nature de l'événement, cause de l'accident, infirmité (lésion), emploi. Actuellement, ces données servent surtout à établir le rapport d'activité et les flux financiers [13].

3.3.2. Pour l'ensemble des personnels des collectivités locales et territoriales, y compris les pompiers volontaires (RISP), quel que soit le statut

En 2001, il a été institué un fonds national de prévention des AT/MP dont la gestion a été confiée à la CNRACL (Loi du 7/07/2001, décret d'application 17/09/2003, circulaire du 08/10/2004). Trois missions concrètes sont prévues : collecter et traiter statistiquement l'ensemble des données relatives aux risques professionnels en secteur public grâce notamment au logiciel PRORISQ et à la banque nationale de données ; élaborer des plans d'actions de prévention en direction des employeurs territoriaux et hospitaliers ; concourir au financement de la mise en œuvre des mesures de prévention conformes à la politique définie par les pouvoirs publics selon les recommandations émises par la CDC.

Le logiciel PRORISQ a été mis en place sur 28 collectivités locales ou hospitalières en 2002 comme galop d'essai. Il porte sur tous les accidents, y compris ceux qui n'entreront pas dans le circuit de réparation (les « guéris »). Une première étude [15] utilisant les données de la banque de données alimentée par PRORISQ a été réalisée. Elle porte sur 514 000 fonctionnaires et 90 000 agents relevant du régime général. Le détail des données recueillies dans PRORISQ est donné ci-après.

Actuellement, la situation est la suivante : en raison de problèmes techniques, le système d'information doit être refondu. Par ailleurs, il a été décidé en juillet 2004 au niveau de la direction de la CDC de ne pas généraliser comme c'était prévu le système à l'ensemble des collectivités territoriales et hospitalières, mais de le restreindre à un échantillon de 70 collectivités (représentatives pour l'âge, le sexe, la région (Nord/Sud)...).

3.4. Les données recueillies dans PRORISQ

PRORISQ enregistre les fichiers suivants :

- le fichier des collectivités comprenant des données telles que : identifiant, N° SIRET, adresse (dont le code postal), type (H ou T) et sous-type de collectivité (Mairie, CHU...), effectif de la collectivité ;
- le fichier des agents (il s'agit d'un fichier de tout le personnel de la collectivité) comprenant des données démographiques et socioprofessionnelles : identifiant de l'agent et de sa collectivité, NIR, nom, prénoms, date de naissance, sexe, date d'entrée dans la fonction publique (pour les fonctionnaires), latéralité, date d'entrée dans la collectivité, régime de sécurité sociale ;
- le fichier « Situation courante des agents ». Outre les informations contenues dans le fichier agent, ce fichier comprend beaucoup d'informations sur la fonction exercée : date d'entrée dans le métier, date d'entrée dans le service, identifiant de l'horaire de travail, identifiant du métier médical, type de personnel (par exemple, sapeur pompier professionnel ou sapeur pompier volontaire) ;
- les fichiers « service » et « effectif des services » ;
- le fichier « fournisseurs » qui permet de gérer les factures des frais liés à des déclarations d'accidents.

Les utilisateurs peuvent être un valideur (de la déclaration d'accident ou de MP), un médecin ou un administratif (les droits d'accès, de confidentialité et d'action sont évidemment différents selon les utilisateurs). L'enregistrement des données se fait grâce à des menus (collectivité, déclaration, suivi statistique).

Pour **créer une déclaration**, on « ouvre » la collectivité de l'agent puis on « ouvre » le dossier de l'agent, dont toutes les caractéristiques apparaissent ou sont remplies « à la main » (onglets : Agent, Situation, Fonction, Divers agent).

Les onglets décrivant l'accident sont « **Accident** » (date, jour et heure de l'accident, horaires de travail du jour de l'accident, exposition au sang, nombre de jours depuis le dernier repos et, pour les pompiers, depuis la dernière intervention, circonstances en clair, notion d'accident mortel ou non), « Contexte » (ne concerne que les accidents de trajet et donne le parcours, le moyen de locomotion et la cause), « Lésions » (avec pour chaque lésion, siège et nature de la lésion, latéralité de la blessure et de l'agent) « Tiers/Témoins ».

Les onglets « **Maladie** » et « **Aspect médical** » concernent les MP (N° de tableau, lieux d'exposition, agents causaux...).

Le **suivi administratif** comprend les congés et périodes de soin, l'état de santé au moment de la consolidation, le taux IPP éventuel, la notion de mi-temps thérapeutique et sa durée, les conséquences sur le poste de travail (reclassement, aménagement éventuel du poste, modifications d'aptitude, réemploi sur poste similaire) et les dates de toutes ces décisions. Enfin sont enregistrées toutes les dates clés de la procédure, que ce soit la procédure « Régime général » ou « Fonction publique », ainsi que les dates des certificats médicaux et les dates d'éventuelles hospitalisations et d'éventuels taux IPP antérieurs.

Dans l'onglet « **Suivi de l'Analyse** », on trouve des renseignements sur les éléments matériels à l'origine de l'accident, les facteurs potentiels, la tâche exercée au moment de l'accident. Il y a aussi un onglet « Prévention ».

Les modalités des variables sont référencées dans des tables, par exemple la CIM10 pour les MP. Enfin, un menu « Statistiques » permet d'établir des états statistiques et des tableaux de bord. Naturellement, on peut exporter un extrait de fichier pour analyse particulière.

4. La fonction publique de l'Etat

4.1. Population concernée

D'après le document « la fonction publique, faits et chiffres 2003 » [11], à la fin de l'année 2002, la fonction publique de l'Etat comprenait environ 2 500 000 personnes (en tenant compte des personnels des EPA à recrutement de droit public), dont environ 300 000 non titulaires. Cette population exerce son activité dans les ministères (dont environ 1 100 000 personnes à l'Education Nationale à la fin de 2002), les établissements publics nationaux à caractères administratif tels que les agences, la bibliothèque nationale, la caisse des dépôts et consignation, l'Inserm... [11]

4.2. Le processus de réparation

Le processus de réparation est identique à celui des fonctions publiques territoriale et hospitalière à ceci près que pour le risque AT/MP, l'état est son propre assureur : les fonds de réparation comme de prévention sont pris sur les budgets des différents ministères et gérés par eux-mêmes. La couverture des accidents de service des agents de l'Etat date du 26/12/1959 ; elle est donc plus ancienne que pour les agents des collectivités locales. A quelques nuances près, le document établi par la CDC [14] est valable aussi pour les agents de la fonction publique d'Etat. Le rapport hiérarchique est fait localement par l'employeur et envoyé, ainsi que toutes les feuilles de soins, au service gestionnaire compétent qui varie selon le ministère et son degré de décentralisation. Les médecins de prévention peuvent intervenir en cas de maladie professionnelle (analyse des expositions et choix du tableau). Après consolidation, c'est le même service qui organise l'évaluation du taux IPP.

L'exemple de l'Education nationale : pour les personnels de l'enseignement supérieur, les documents doivent être envoyés au Rectorat, pour ceux des écoles maternelles et primaires, des collèges et des lycées, c'est au service AT/MP de l'Inspection Académique du département qu'ils doivent être adressés. La reconnaissance de l'imputabilité au travail est faite par ces services en liaison avec les commissions de réforme. A l'Education nationale, les services de gestion des AT/MP disposent de logiciels informatiques, essentiellement pour établir des statistiques. Les données recueillies sont : établissement, grade, fonction exercée, mécanisme accidentel, nature et siège de la lésion, durée de l'arrêt de travail, taux IPP... Ces statistiques sont effectuées annuellement et envoyées au Bureau d'action sanitaire et sociale du ministère de l'Education nationale. Les autres ministères fonctionnent sur le même principe.

4.3. Les systèmes d'information

Puisque la gestion du processus de réparation est effectuée par les services des ressources humaines des différents établissements à l'intérieur de chaque ministère et qu'il n'existe pas un fonds unique pour son financement, il n'existe pas non plus de système centralisé de données au niveau du ministère de la Fonction publique et de la réforme de l'Etat (un système d'information des ressources humaines, SIRH, est cependant à l'étude). Certains ministères, par exemple le ministère de l'Equipement, ont mis en place des logiciels spécifiques pour les accidents de service, permettant à la fois de gérer les dossiers et d'établir en temps réel des statistiques.

Depuis quelques années, une enquête concernant les accidents de service et les MP reconnues est réalisée par la Direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) auprès des ministères [17]. Elle concerne les fonctionnaires et les agents non titulaires. Pour les accidents de service, y compris les accidents de trajet, sont recueillies essentiellement les données suivantes : date de l'accident (et donc le jour et le mois de survenue), élément matériel (codé), mécanisme accidentel (codés), nature et siège des lésions (codées), activité, établissement, grade, âge, sexe. Une enquête parallèle est faite sur les MP, mais les résultats en sont peu fiables.

5. Les principaux régimes spéciaux

5.1. La SNCF

5.1.1. Population concernée

Actuellement, la maison mère comprend 170 000 à 175 000 salariés en activité dépendant du régime spécial de sécurité sociale. La SNCF est constituée de différents établissements correspondant à des branches d'activité (par exemple maintenance, service achats,...) [18]. La SNCF est son propre assureur. La Caisse de prévoyance et de retraite, située à Marseille, assure la gestion et l'indemnisation des AT/MP.

5.1.2. Processus en cas d'accident de travail

L'employeur (service RH de l'établissement) fait la déclaration (déclaration propre à la SNCF). Celle-ci est saisie dans la base administrative (fichier du personnel centralisé à Lyon) grâce au logiciel IDAP, puis envoyée au service AT/MP de la Caisse nationale de prévoyance. Localement, un ingénieur de sécurité fait l'analyse de l'accident (arbre des causes, par exemple) et propose des solutions. Des données de prévention, par exemple l'élément matériel de l'accident, sont rajoutées dans la base administrative.

Un extrait de cette base est accessible à l'échelon du service national AT/MP : il s'agit des données de base, nécessaires à l'instruction du dossier. Le service national AT/MP instruit le dossier à partir de la déclaration et enregistre, en plus de sa date de réception, tous les éléments qu'elle contient, y compris les données médicales (en clair). Ensuite, le processus suit son cours selon la même procédure qu'au régime général (colloque médico-administratif) : 2 000 médecins agréés, répartis en 6 pôles de médecine de contrôle de proximité servent d'experts, sous la responsabilité du service de médecine conseil de Marseille. Le médecin conseil local, en accord avec l'échelon médical national, vérifie l'état de santé du salarié et se prononce sur l'imputabilité au travail. Il fixe par la suite, la date et le taux de consolidation et écrit le rapport à la consolidation.

L'employeur est informé de l'imputabilité au travail pour les IJ (il y a maintien du salaire et les IJ sont prises en compte dans une autre ligne budgétaire), ainsi que pour l'avance sur frais pour les prestations en nature (imprimé spécial pour consultations, médicaments, hospitalisation).

Les données recueillies sont : la date et la nature de l'accident, la lésion principale et son siège, l'existence d'un tiers responsable, la décision d'imputabilité au travail et sa date, le fait que le dossier ait été traité dans les délais ou pas, la notion de consolidation ou de guérison et sa date, ainsi que la personne qui l'a établi (médecin traitant ou médecin conseil), la notion de tierce personne ou pas, la date de révision prévue, les soins prévus, le grade de l'agent (classification SNCF). Les données professionnelles sont très succinctes car elles ne servent pas à la réparation, mais elles figurent dans la base du personnel (IDAP).

5.1.3. Processus en cas de maladie professionnelle

C'est l'agent qui effectue la déclaration (feuille de déclaration propre à la SNCF) et qui l'envoie accompagnée du CMI (certificat médical initial) au service AT/MP de la Caisse nationale de prévoyance. Ce service diligente une enquête administrative auprès de l'établissement où travaille ou a travaillé l'agent, ainsi qu'auprès du médecin du travail du même établissement. Parallèlement, le service de médecine conseil de Marseille étudie le dossier médical. Les tableaux sont ceux du régime général. En cas d'alinéas 3 ou 4, les dossiers sont envoyés devant le CRRMP de Marseille. Le processus après la reconnaissance est identique à celui des accidents de travail.

Les données recueillies sont : nom et prénom, domaine d'activité et grade, établissement, statut (actif, retraité), région, date de déclaration, CMI et sa date, date de première constatation médicale, N° de tableau, affection en clair, passage devant le CRRMP ou pas et si oui, date de passage, raison du rejet, contestation éventuelle, plus deux pavés, portant l'un sur l'indemnisation, l'autre sur les expositions (pas forcément rempli).

En cas de rejet, que ce soit pour un AT ou une MP, le salarié peut faire appel en interne aux instances suivantes : la commission de recours amiable, le CSAT (instance paritaire) enfin, le CA de la SNCF. En externe, des recours peuvent être faits devant le TASS, le TCI, la CNITAT. On dénombre environ 400 MP par an dont 50 passent par le CRRMP.

Le service administratif national qui gère les AT/MP comprend 40 personnes réparties en 5 services :

- MP et suivi post-professionnel ;
- trois services régionaux de gestion (est, sud-est, atlantique) ;
- Prestations en nature AT.

Pour résumer, le processus à la SNCF est identique à celui du régime général, la Caisse nationale de Prévoyance tenant lieu de CPAM. Deux systèmes informatiques distincts existent : l'un pour les AT, l'autre pour les MP (en plus du système ARCHIMEDE des médecins conseils qui enregistre tous les avis médicaux donnés par les médecins conseils). Le service AT/MP espère unifier et moderniser prochainement son application informatique.

5.2. La RATP

5.2.1. Contexte

La RATP a été créée en 1948. La RATP se compose de 30 départements dont les effectifs varient de quelques dizaines pour le service juridique à environ 13 000 pour le département des bus. Le régime spécial dont bénéficient les 44 000 agents du cadre permanent couvre tous les risques. Le régime est devenu une caisse (différenciée de la RATP employeur) le 24/02/2004.

5.2.2. Processus de réparation

1) Accident du travail

Depuis avril 2005, l'employeur (une personne dans chaque département) enregistre les données de la déclaration (identique à celle du régime général) sur support informatique. Ces données arrivent dans une application centralisée dans la nuit qui suit. Un logiciel permet l'instruction des dossiers. Sont rajoutées les données du CMI, la date d'arrivée de la déclaration, puis au fur et à mesure de l'instruction du dossier, les caractéristiques de l'accident et les données médicales. Le logiciel comprend différents signets correspondant à la victime, l'employeur, l'accident... Un enquêteur interne à la RATP examine les circonstances de l'accident. Des données professionnelles (fonction exercée, service...) provenant du fichier de l'employeur viennent enrichir ce fichier. La codification des variables professionnelles est propre à la RATP. Quatre médecins conseils chargés spécialement des AT/MP examinent les lésions et, par la suite, les séquelles. Ce sont d'autres médecins conseils qui sont en charge de la branche maladie, mais ces deux médecines conseil doivent être regroupées au début de 2006 (des stages de formation à la gestion et la reconnaissance des AT/MP seront organisés).

La reconnaissance du caractère professionnel est faite par les médecins conseils en concertation avec le service administratif. Les rejets sont donc connus. Il y a environ 6 000 déclarations d'accidents par an dont 1 500 à 1 800 sont rejetées (les principales causes de rejet sont l'absence de CMI pour environ 900 cas, des accidents de trajet contestés, enfin, il peut s'agir d'accidents qui n'ont pas été « dits » au moment de leur survenue). La durée moyenne d'un arrêt de travail en cas d'AT est de 22 jours, elle est de 40 jours en cas d'accident de trajet.

Si l'accident entraîne des soins médicaux, les demandes de remboursements arrivent dans un service comptable spécial.

Après consolidation, un taux IPP est fixé (même système qu'au régime général) mais le taux est abondé par l'employeur pour tenir compte de l'incidence professionnelle (500 euros par point de pourcentage d'IPP). Actuellement, il y a en « stock » environ 3 000 rentes

2) Maladies professionnelles

C'est l'agent qui déclare sa maladie professionnelle. Le service gestionnaire des AT/MP enregistre les informations de la déclaration. En cas de pathologie liée à l'amiante, les agents sont vus par un spécialiste pneumologue de Vincennes, en cas d'agression, les salariés sont vus par plusieurs psychiatres, mais ces cas sont considérés au titre de l'accident du travail et non au titre de la maladie

professionnelle. Ce sont des inspecteurs de sécurité « maison » qui évaluent les expositions. Les tableaux de MP sont ceux du régime général. Si toutes les conditions ne sont pas réalisées, les dossiers sont envoyés au CRRMP. De même, les alinéas 4 éventuels sont présentés au CRRMP.

Seulement 130 MP sont déclarées par an, dont la moitié est reconnue. Les principales maladies sont les troubles musculo-squelettiques et les pathologies liées à l'amiante (environ 22 à 25 cas par an). Un barème indicatif spécial à la RATP doit être signé prochainement avec les représentants syndicaux : il serait plus intéressant que les conditions d'indemnisation du Fiva. Il faut signaler que la RATP organise des visites médicales post-professionnelles pour les salariés exposés à l'amiante.

5.2.3. Système d'information

Le logiciel permettant d'enregistrer localement les données de déclaration d'accident de travail s'appelle ACCILINE (il s'agit d'un logiciel du commerce). L'application permettant de gérer les AT/MP, faite sur mesure, s'appelle AVENIR.

5.3. EDF-GDF

5.3.1. Contexte

Les bénéficiaires du régime particulier de sécurité sociale sont tous les salariés statutaires des industries électrique et gazière qui comprennent les établissements nationaux (EDF, GDF) et les entreprises de production et de distribution exclues de la nationalisation en 1946 (régies, TIRU, SICAE, CNR...). Le nombre de ces bénéficiaires s'élevait en décembre 2004 à 147 800 personnes.

Ce régime garantit les prestations en espèces au titre des assurances maladie, maternité, invalidité et vieillesse. Il exclut de son champ les prestations en nature de l'assurance maladie qui sont gérées et versées par les sections locales mutualistes par délégation du régime général (sous-section comptable spécifique à la CnamTS). En raison des changements actuels (changement du statut des entreprises en août 2004, ouverture du capital), l'organisation de ce régime connaît quelques modifications. La CNIEG (Caisse nationale des Industries Electriques et Gazières), créée le 9/08/2004 gère les risques invalidité, vieillesse, décès, AT/MP.

5.3.2. La phase de reconnaissance

Elle est réalisée au sein des CPAM de la même façon que pour les bénéficiaires du régime général mais les salariés d'EDF-GDF n'entrent pas dans ORPHEE et par conséquent, ne sont pas comptabilisés dans les statistiques nationales du régime général. Les médecins conseils du régime particulier de sécurité sociale (Service de Médecine de Contrôle) exercent leur activité auprès des salariés d'unités de production, transport ou distribution d'énergie au sein de « centres de médecine de contrôle ». En cas d'AT/MP, les salariés sont gérés par une CPAM spécifique à chaque centre. Dès la reconnaissance, les frais induits par l'AT/MP sont comptabilisés dans une sous section comptable spécifique(MB2) de la CnamTS, au titre AT/MP.

5.3.3. La phase d'indemnisation

En revanche, après la reconnaissance du caractère professionnel, ce sont les médecins conseils du régime particulier qui évaluent au cours d'une visite médicale, les séquelles résiduelles, qui fixent le taux IPP et la date de point de départ. Ce service, intégré aux entreprises, communique le résultat à la CNIEG qui sert la rente ou le capital au salarié ou à ses ayants droit.

5.3.4. Les systèmes informatiques

Une « Base Risques » a été constituée en 2000 en remplacement d'une base plus rustique. Elle permet de gérer tous les cas d'accident du travail ou de maladie professionnelle reconnus et de les suivre dans le temps (établissement du taux IPP, rechutes, décès...). Les données recueillies sont données en Annexe 8. Cette base permet l'extraction d'une base de données exploitable à des fins statistiques ou épidémiologiques [19].

6. Synthèse de l'état des lieux et propositions

Nous avons comparé les données informatisées individuelles existant dans les différents régimes de sécurité sociale en considérant les critères suivants :

- 1) critères de sélection des événements de santé (AT ou MP)
 - existence d'un document de déclaration accompagné d'un certificat médical initial : OUI/NON ;
 - si OUI : gestion informatisée de toutes les déclarations ou seulement des événements dont le caractère professionnel est reconnu : OUI/NON ;
 - gestion uniquement des événements entraînant des séquelles et donc un taux IPP et une rente.

- 2) données recueillies, en les regroupant par catégories :
 - les données décrivant l'événement de santé ;
 - les données décrivant la victime ;
 - les données décrivant le contexte professionnel ;
 - les données décrivant les conséquences de l'événement de santé :
 - les prestations en nature (soins médicaux et paramédicaux),
 - Les Indemnités Journalières ou arrêts de travail,
 - le taux IPP correspondant aux séquelles résiduelles.

6.1. Sélection des événements de santé

Le tableau suivant résume la situation :

	R Général	MSA	SNCF	RATP	EDF/GDF	F Pub Etat	F Pub T&H
Il existe une déclaration :	OUI	OUI Spec ¹	OUI Spec ¹	OUI RG ²	OUI RG ²	NON Rapport hiérarchique	NON
Gestion informatisée jusqu'à la reconnaissance :	OUI	OUI	OUI	OUI	NON	NON	NON
Logiciel :	ORPHEE	SIMPAT		AVENIR			
Gestion informatisée des AT/MP avec IPP :	OUI	OUI	OUI	OUI	OUI au SGMC ³	NON	OUI
Logiciel :	EURYDICE Ou STAR	SIMPAT		AVENIR	base risque		ATIACL

Spec¹ : déclaration spécifique au régime, RG² : déclaration du régime général, SGMC³ : Service général de médecine de contrôle

L'ensemble des déclarations est géré informatiquement par tous les régimes de sécurité sociale sauf pour la fonction publique ; il en est de même pour l'ensemble des AT/MP reconnus. Dans les fonctions publiques territoriale et hospitalière, la gestion informatique ne porte que sur les AT/MP entraînant une ATI. Cependant, pour un échantillon de collectivités locales, le logiciel PRORISQ gère l'ensemble de la chaîne depuis la déclaration jusqu'à l'attribution de l'ATI. Pour EDF/GDF, des données existent à la fois dans le régime général et dans le régime particulier, toutefois, seules les données des AT/MP reconnus sont informatisées au sein du régime particulier.

6.2. Données

6.2.1. Eléments décrivant l'accident ou la maladie professionnelle

Ces éléments sont très voisins dans les différents régimes. Pour les AT : date et heure, lésions (nature et siège) (à la MSA, cette information porte sur la lésion principale), élément matériel, lieu de survenue, notion de tiers responsable. A la MSA, on note la notion d'accident de circulation routière et celle de mouvement accidentel. Pour les MP, sont enregistrés d'une manière générale, la date de première constatation médicale, le tableau de MP, le syndrome. La MSA rajoute les notions d'agent causal et de nombre d'années d'exposition.

6.2.2. Eléments décrivant la victime

Ils comportent en plus d'un identifiant, le sexe et l'âge. C'est pour les variables décrivant la profession, la qualification professionnelle ou l'activité de la victime que l'on observe le plus d'hétérogénéité dans les nomenclatures correspondant aux particularités de l'activité : au régime général, la qualification professionnelle est codée selon la codification PCS, la branche d'activité suivant des groupements technologiques d'activités ; à la MSA, sont recueillies les variables « activité » et « tâche », codées selon une classification très détaillée spécifique à la MSA. De même, à la RATP, à la SNCF et à EDF-GDF, les codages des professions et activités sont spécifiques. Ainsi à la SNCF, sont enregistrés le grade, le domaine d'activité, la région ; à la RATP, ce sont la profession et le service qui sont codés. Pour les salariés d'EDF-GDF, la PCS et un « code fonction » propre aux entreprises sont enregistrés au sein du régime particulier, c'est-à-dire pour tous les AT/MP reconnus.

6.2.3. Données concernant le contexte professionnel

Elles dépendent aussi du régime de sécurité sociale : au Régime Général sont connus le numéro SIRET de l'entreprise, le code NAF et le groupe d'activité (cf. ci-dessus) nécessaire à la tarification, ainsi que les données DADS. A la MSA, ce sont le numéro de l'exploitation et son type d'activité qui sont enregistrés. Dans les régimes spéciaux, le service ou la direction à laquelle appartient la victime sont aussi connus ou peuvent l'être.

6.2.4. Données concernant les conséquences de l'AT ou de la MP

Elles sont assez homogènes : notion d'arrêt de travail et durée, taux IPP, prestations en nature avec notion d'hospitalisation éventuelle.

6.3. Propositions

On constate donc qu'un « noyau dur » d'informations est enregistré dans l'ensemble des systèmes d'informations existants, y compris dans le système très détaillé de la fonction publique territoriale et hospitalière, PRORISQ (mais qui ne porte que sur un échantillon de collectivités locales).

Il serait donc utile de poursuivre l'effort de mise en place d'un outil centralisé permettant l'analyse statistique des AT/MP déjà entrepris au régime général et à la MSA par les actions suivantes dans la fonction publique :

- 1) le rapport hiérarchique ou son équivalent, reprend plus ou moins les mêmes données que celles contenues dans les différents documents de déclaration. Il faudrait mettre en œuvre un recueil informatisé des données individuelles provenant de ce rapport, complétées par des informations sur les suites (acceptation de l'imputabilité ou rejet, arrêt de travail, demande d'ATI...) et centraliser ces données au sein de chaque ministère ou de chaque regroupement de collectivités locales sous cette forme individuelle et non plus agrégée ;
- 2) une autre voie serait de compléter l'outil PRORISQ des fonctions publiques territoriale et hospitalière, soit en l'appliquant à un échantillon de collectivités locales non basé sur le volontariat, soit en l'imposant comme système de déclaration selon le but poursuivi (cf. paragraphe 7). Des tests sur la complétude de l'enregistrement des cas, là où il est actuellement

utilisé, sur la qualité des données et sur leur utilisation sont nécessaires avant de s'engager dans cette voie.

Par la suite, ces informations pourraient progressivement entrer dans un « entrepôt » national de données AT/MP mis en place autour du Datamart AT/MP du régime général, de celui de la MSA et des informations provenant des régimes spéciaux, SNCF, RATP et EDF-GDF. Le SNIIR-AM offre une opportunité d'accueillir cet entrepôt de données car il abrite déjà le Datamart « dépenses de santé », qui constituerait un modèle. Le club des régimes spéciaux pourrait avoir un rôle fédérateur (www.regimesspeciaux.org).

Chapitre 2 : besoins en information des différents acteurs potentiels

7. Un entrepôt AT/MP national, pour quoi faire ?

C'est la vraie question qu'il convient naturellement de poser à ce stade des propositions : selon la place des utilisateurs, internes ou externes à chaque régime de sécurité sociale, selon leur rôle (gestionnaire, préventeur, chercheur, acteur de veille sanitaire...) et selon leurs objectifs, les besoins en information sont évidemment différents. Nous ne détaillerons pas les besoins exprimés par les différents intervenants potentiels déjà listés dans le rapport de la mission Igas/Insee [2], ni les besoins exprimés dans le cadre du plan Santé-Travail [1] et du plan Cancer [20]. Nous nous restreindrons donc aux besoins de connaissance statistique, et plus précisément à l'évocation du contexte européen, puisqu'il s'agit d'une demande à laquelle l'Etat doit s'efforcer de répondre, puis nous détaillerons les besoins de surveillance épidémiologique de l'InVS.

7.1. Les demandes d'EUROSTAT et d'autres organismes internationaux

La méthodologie proposée par EUROSTAT pour homogénéiser le recueil de données sur les AT [21] préconise comme objet du recueil de données l'accident du travail défini comme « a discrete occurrence in the course of work, which leads to a physical or mental harm » (p 12), c'est-à-dire tout événement survenu pendant le travail qui génère un dommage physique ou psychique, à la condition supplémentaire qu'il ait entraîné au moins trois jours d'arrêt de travail en plus du jour de l'accident. Ce projet repose sur l'idée que, quelles que soient les lois nationales, quel que soit le mode de réparation des accidents de travail, quel que soit l'organisme qui la réalise, l'employeur enregistrera la liste des accidents ayant entraîné une incapacité de travail d'au moins trois jours. Ne sont pas pris en compte les accidents de trajet. En revanche, les accidents de la route ou survenant au cours d'un déplacement professionnel le sont.

Le rapport demande l'enregistrement et la codification de trois groupes d'informations « élémentaires » qui permettent :

- 1) d'identifier où et quand l'accident a eu lieu et qui est la victime,
- 2) de montrer comment l'accident est arrivé, dans quelles circonstances et comment les blessures sont survenues,
- 3) d'évaluer la nature et la gravité des blessures et les conséquences de l'accident.

Une liste de variables élémentaires pour répondre à ces objectifs est présentée ainsi que les nomenclatures associées. Cette liste n'est pas très différente du « noyau » d'informations que nous avons proposé précédemment et qui existe dans presque tous les régimes de sécurité sociale en France.

En ce qui concerne les MP, l'OIT est actuellement en train de mettre à jour sa liste, annexée à la recommandation N°194, 2002 (Annexe n°9). De la même façon, la commission européenne revoit régulièrement les listes de MP. Mais ces listes constituent simplement des recommandations. Par ailleurs, EUROGIP, groupement d'intérêt public constitué en 1991 par la CnamTS (branche AT/MP) et l'INRS et reconduit en 2001, a publié en septembre 2000, une étude comparant les différentes façons de reconnaître et d'indemniser les MP dans 13 pays européens [22]. Quatre thèmes ont été abordés :

- la demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle (qui effectue la demande de reconnaissance ?, auprès de qui ?, existe-t-il un délai pour effectuer la demande ?, quelles sont les formes et modalités matérielles de la demande ?) ;
- l'instruction de la demande ;
- les fondements de la reconnaissance, (existence de tableaux ou de listes de MP, qui les élabore et les revise ?, les tableaux ont-ils un caractère contraignant ou n'ont-ils qu'une valeur indicative ?, ...) ;
- les possibilités de contestations et de recours.

Cette étude, complétée par des études de cas et par des données statistiques, montre bien les disparités existantes et les difficultés pour harmoniser le recueil d'informations. Une réactualisation de cette étude a été publiée en 2004 [23]. Le projet « European statistics on occupational diseases » (EODS) initié en 2001, portant sur les MP reconnues [24] au sein de la communauté européenne s'est heurtée aux mêmes difficultés, soulignées aussi par les auteurs du document "Work and Health in the EU, a statistical portrait" [25]. Ce premier portait de la santé au travail en Europe, publié en 2003, analyse les données d'EUROSTAT mais s'appuie surtout sur deux grandes enquêtes européennes: l'enquête sur les conditions de travail (Working Conditions Survey) et l'enquête sur les travailleurs (Labour Force Survey).

7.2. Besoins pour la veille sanitaire

La surveillance épidémiologique consiste en un suivi et une analyse épidémiologique **systématiques et permanents** d'un problème de santé et de ses déterminants **à l'échelle d'une population**, afin de les contrôler par des interventions au niveau individuel ou collectif, et éventuellement d'identifier des phénomènes inconnus en termes d'effets ou de déterminants.

Dans le domaine des risques professionnels, il est nécessaire de :

- disposer d'un recueil de données individuelles systématique des problèmes de santé des salariés (et éventuellement des autres catégories de travailleurs) ;
- disposer d'un suivi systématique individuel des conditions de travail (facteurs de risque, expositions) pouvant être en liaison avec les problèmes de santé ;
- élaborer des indicateurs de santé au travail, c'est-à-dire des indices mesurant l'impact de ces facteurs sur la santé ou des indices décrivant toute autre composante du domaine de la santé au travail.

Les objectifs peuvent être divers : objectiver le risque ou l'excès de risque de certaines professions ou branches d'activité par rapport à d'autres en le quantifiant, mesurer l'impact de certaines expositions ou facteurs de risque dans la survenue de pathologies, identifier de nouveaux déterminants, ou de nouvelles maladies (risques émergents), évaluer la couverture et l'efficacité de certaines mesures prises, par exemple celles du système de réparation... Les indicateurs de santé au travail seront bien entendu différents selon les objectifs poursuivis.

Depuis sa création en 1998, le Département santé travail de l'InVS (DST) s'est attaché à élaborer et à fournir un certain nombre d'indicateurs de la santé au travail de la population française, permettant d'objectiver les professions ou les secteurs d'activité les plus à risque dans des domaines très divers : mortalité générale et par cause [26], mésothéliome pleural [27], troubles musculo-squelettiques [28,29]... Un travail systématique de définition de tels indicateurs nationaux de santé au travail a été entrepris et doit être poursuivi. Ces indicateurs doivent à terme couvrir de nombreux domaines de ce champ, incluant les données de réparation des AT-MP. Les principales orientations choisies pour le développement d'indicateurs de santé au travail reposent sur les constats décrits ci-dessous.

Les risques professionnels ne concernent pas une pathologie ou un déterminant mais un monde immense. Les **maladies** d'origine professionnelle sont nombreuses et diverses : cancers, troubles de l'audition, affections respiratoires, affections articulaires et troubles musculo-squelettiques, troubles psychologiques et dépressifs, troubles dermatologiques et allergiques, asthmes professionnels, troubles de la reproduction, maladies cardio-vasculaires etc. Les **accidents** sont une autre composante importante des risques d'origine professionnelle. De fait, c'est pratiquement l'ensemble de la pathologie, somatique et psychique, qui est potentiellement concernée par des facteurs de risque d'origine professionnelle. Ces **facteurs de risque** sont eux-mêmes très nombreux et de nature variée.

On peut ainsi citer les nuisances de nature chimique qui se comptent en dizaines de milliers : les facteurs physiques concernent le bruit, la température, les vibrations, les rayonnements ; les agents biologiques sont également nombreux, en milieu de soins ou dans les secteurs agro-alimentaire ou du nettoyage notamment ; les contraintes physiques et posturales sont nombreuses : port de charges lourdes, travaux dans des positions inconfortables et pénibles, gestes répétitifs ; l'organisation du travail génère des contraintes de charge mentale et de stress, d'horaire, de rythme de travail. Idéalement, il faudrait disposer d'indicateurs pour chacun des domaines concernés.

La très grande variété de ceux-ci amène à envisager une démarche progressive et **priviliégiant dans un premier temps des problèmes de santé au travail d'intérêt majeur, en terme de pathologies et de facteurs de risque**. La démarche entreprise par le Département santé travail de l'InVS est de considérer systématiquement tous les indicateurs déjà existants, quels que soient leur source et l'objectif initial ayant présidé à leur élaboration et de décrire systématiquement leur définition mathématique, les données à partir desquelles ils sont calculés, leur signification ainsi que leur validité, enfin, leurs utilisations potentielles, en s'inspirant des principes proposés par l'Anaes concernant la construction et l'utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé [30] et du catalogue d'indicateurs de santé réalisé par l'Institut Canadien d'information sur la santé (<http://secure.cihi.ca/indicators/>). Cette démarche s'inscrit dans la même logique que le projet « Comparative Risk Assessment » (CRA) mis en place par l'Organisation mondiale de la santé [31] et qui a pour objectif d'évaluer le poids global de différents risques pour la santé et en particulier celui des risques professionnels [32].

Les principaux indicateurs que devrait produire le DST concernent, en première analyse, les aspects suivants : (i) exposition à des facteurs de risque établis pour les pathologies d'origine professionnelle prioritaires ; (ii) fractions de risque et nombre de cas attribuables à des facteurs professionnels pour ces pathologies ; (iii) données de réparation au titre des AT/MP.

Pour chacun de ces trois aspects, ce qui suit est une première proposition de types d'indicateurs possibles, qui doit faire l'objet d'une analyse opérationnelle.

1. Indicateurs descriptifs d'exposition à des facteurs de risque établis : agents physico-chimiques (cancérogènes des groupes 1 et 2A du CIRC ; allergisants), biologiques, horaires et rythmes de travail, port de charges et postures, stress. Les indicateurs doivent permettre de décrire la situation par âge et sexe, professions, secteurs d'activité et répartition géographique ; ils doivent permettre de comparer des situations selon ces grands critères et de suivre les évolutions temporelles.

2. Fréquence de survenue de problèmes de santé liés au travail et établissement de fractions de risque et nombre de cas attribuables : le calcul systématique de fractions attribuables à des facteurs professionnels pour des pathologies graves (cancer, asthme, TMS, notamment) réalisé ces dernières années, devrait être mené régulièrement, accompagné d'estimations des nombres de cas générés à l'échelle de la population.

Ces indicateurs pourront être établis à partir de données de sources diverses : données produites par le Département santé travail de l'InVS (programmes ad hoc), données de grandes enquêtes (emploi, SUMER, etc.), et bien entendu données des régimes de sécurité sociale dont il est question ici.

3. Données de réparation par régime de sécurité sociale : AT (nombre et taux annuels, par siège, nature de la lésion et taux d'IPP accordé) et MP (pour chaque tableau de MP, nombre et taux annuels de déclaration et de reconnaissance), par classes d'âge et sexe selon la région (ou un niveau plus fin, si possible : CPAM), la profession (code PCS), la branche d'activité (code NAF), la taille de l'entreprise. Par comparaison aux indicateurs de nombres de cas attribuables, il sera ainsi possible de définir des indicateurs de couverture (comparaisons des estimations de nombre de cas et des cas réparés). Ainsi, à côté des indicateurs classiques (nombre d'AT ou de MP déclarés, nombre et proportion d'AT ou de MP reconnus, indicateur de fréquence, indicateur de gravité...), nous nous proposons d'élaborer des indicateurs plus ciblés, associés à une analyse épidémiologique, par exemple des risques relatifs, des SIR (Standardized Incidence Ratio) ou des fractions attribuables [31].

Pour tester la faisabilité de cette démarche et la possibilité de construire de nouveaux indicateurs épidémiologiques, le Département santé travail de l'InVS a entrepris l'établissement de partenariats pour travailler sur des bases de données existantes, mais qui ne portent pas encore sur l'ensemble national :

- la base de données PRORISQ de la CNRACL ;
- l'Observatoire des MP de l'Echelon médical régional du régime général de sécurité sociale d'Ile-de-France (Annexe 10) ;
- les données enregistrées dans les avis des CRRMP.

Ce projet s'intègre donc dans un projet plus vaste dépassant le strict domaine des AT et des MP.

7.3. Connaissances statistiques ou indicateurs épidémiologiques ?

Il est indispensable de préciser que l'analyse des statistiques des AT et des MP ne peut en aucun cas prétendre informer de façon valide et fiable sur la réalité de l'impact sanitaire de l'activité professionnelle ; en effet, le fait d'entrer dans le circuit de réparation, en particulier pour les MP, c'est-à-dire de faire la démarche de remplir une déclaration accompagnée d'un certificat médical initial, est fonction de nombreux facteurs tels que l'état des connaissances des médecins sur les risques professionnels, la prise de conscience de l'opinion publique sur la réalité des risques, le contexte socioprofessionnel de la victime, le niveau des connaissances scientifiques, etc... Les pouvoirs publics ont bien pris conscience de ce phénomène puisque le développement de la formation des professionnels de santé en matière de santé au travail est l'un des points importants du plan Santé-Travail [19]. De plus, en ce qui concerne les MP, les tableaux sur lesquels est basée la réparation, sont toujours, par définition, en décalage par rapport aux connaissances scientifiques. La création du système complémentaire de réparation des MP, en permettant d'indemniser des pathologies non encore inscrites dans les tableaux, a constitué un effort important mais non encore suffisant pour corriger cet inconvénient. Enfin, les indicateurs habituellement calculés dans ce domaine (nombre des AT/MP, taux de fréquence, taux de gravité...), s'ils permettent une certaine quantification des risques et la comparaison globale de différents secteurs d'activité entre eux, n'aboutissent qu'à une analyse limitée car trop globale et trop figée de la sinistralité.

L'observation des risques professionnels à travers ce seul outil ne peut conduire à une réelle évaluation de la situation sanitaire en milieu professionnel et au passage de l'analyse à l'action, néanmoins, elle est une source d'information régulière qui ne doit pas être négligée. L'utilisation du terme « maladie professionnelle » (en anglais « occupational diseases » [25]), habituellement réservée uniquement aux cas entrés dans le système de réparation et celle de « pathologies imputables ou attribuables au travail » ou de « pathologies d'origine professionnelle » (en anglais « work-related diseases » [25]) pour désigner l'ensemble de l'impact du travail sur la santé des populations montre bien que les deux notions sont distinctes et ne doivent pas être confondues.

Pour répondre à l'objectif de passage de l'analyse et de la connaissance des risques professionnels à l'action et proposer des éléments d'information permettant des prises de décision, il est nécessaire de tenir compte d'autres données que les strictes données de la réparation et de construire de façon dynamique des indicateurs de santé au travail qui répondent à des interrogations précises. C'est ce que tente de faire la démarche de veille sanitaire basée sur la méthode épidémiologique rappelée ci-dessus.

8. Conclusion

1) Bilan de l'état des lieux

A l'issue de cet état des lieux effectué dans les principaux régimes de sécurité sociale, il convient de souligner l'effort important réalisé, d'une part par la branche AT/MP du régime général, d'autre part par la MSA, pour réaliser un outil informatique intégré permettant de gérer la réparation des AT/MP, d'évaluer, de contrôler et de planifier les coûts générés, enfin d'apporter des éléments de réflexion pour l'élaboration de politiques générales ou d'actions locales de prévention. Dans le cas du régime général de sécurité sociale, cet outil informatique n'est opérationnel que depuis peu (fin 2005) et ne devrait prendre en compte l'historique des cas qu'au cours de l'année 2006. La CDC aussi, a mis en place pour le personnel de la fonction publique territoriale et hospitalière un système de gestion informatisé des allocations d'invalidité ainsi qu'un outil d'analyse des risques, PRORISQ. Cet effort doit être poursuivi au sein de la fonction publique territoriale et hospitalière et étendu à la Fonction publique de l'Etat. Pour cela, deux voies nous semblent devoir être explorées (cf. paragraphe 6.3) :

1) Partir du rapport hiérarchique qui reprend plus ou moins les mêmes données que celles contenues dans les différents documents de déclaration. Il faudrait mettre en œuvre un recueil informatisé des données individuelles provenant de ce rapport, complétées par des informations sur les suites (acceptation de l'imputabilité ou rejet, arrêt de travail, demande d'ATI...) et centraliser ces données au sein de chaque ministère ou de chaque regroupement de collectivités locales sous cette forme individuelle et non plus agrégée.

2) Compléter l'outil PRORISQ, soit en l'appliquant à un échantillon de collectivités locales non basé sur le volontariat, soit en l'imposant comme système de déclaration. Des tests sur la complétude de l'enregistrement des cas, là où il est actuellement utilisé, sur la qualité des données et sur leur utilisation sont nécessaires avant de s'engager dans cette voie.

2) Analyse des besoins :

Les systèmes mis en place aussi bien au sein de la branche AT/MP du régime général qu'à la MSA répondent à des besoins variés mais actuellement essentiellement internes à chaque régime.

L'analyse des demandes et des objectifs, affichés ou implicites, des différents acteurs ou utilisateurs potentiels, internes ou externes, de ces systèmes d'informations, permet de lister les besoins suivants :

- besoin de gestion et d'amélioration de l'efficacité de la réparation (délai) ;
- besoin d'évaluation et de contrôle des coûts ;
- besoin de prévision et de planification des coûts (avec la question pendante d'une réforme de la tarification) ;
- besoin de connaissances statistiques, en particulier pour l'Etat (en cohérence avec les recommandations européennes) ;
- besoin d'analyser la sinistralité en vue de prévention ;
- besoins de veille sanitaire pour aider les décideurs à hiérarchiser l'importance des problèmes, à établir des priorités d'action et à réaliser des actions nationales et/ou locales.

C'est à l'ensemble de ces besoins que devra répondre l'outil statistique souhaité par la Loi de santé publique du 9/08/2004. Les trois premiers objectifs constituent la priorité des services attendus des systèmes d'informations mis en place et nous faisons confiance aux spécialistes des différents régimes pour que ces systèmes y répondent au mieux. En revanche, les trois derniers objectifs demandent une analyse approfondie car les résultats de cette analyse conditionneront le choix d'une solution pour la mise en œuvre d'un outil statistique centralisateur.

Déjà des accords d'échanges de données ont été passés : dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion pour la branche AT/MP 2004-2006 signée entre les administrations centrales de l'état (DSS, DRT et DGS) et la CnamTS en février 2005, une convention d'échange de données statistiques entre l'Etat et la branche AT/MP est en cours d'élaboration. L'InVS est associé à cette convention. Nous proposons de procéder en étapes successives.

Dans un premier temps, il nous semble indispensable de pouvoir disposer au cours de l'année 2006 d'un échantillon de données individuelles anonymisées provenant du datamart AT/MP du régime général ainsi que d'un échantillon similaire de données provenant de la MSA, de façon à pouvoir tester les points de cohérence entre les deux recueils de données et les possibilités d'élaboration de statistiques et de surveillance épidémiologique à partir des deux recueils. Rappelons que l'InVS a accès à toutes données individuelles ou collectives nécessaires à sa mission de surveillance, de veille et d'alerte. Ceci est renforcé par le décret du 20 juin 2005 relatif à la mise en œuvre du SNIIR-AM (Annexe 11).

Cette analyse sur un jeu de données est indispensable avant d'élaborer toute proposition concrète ; elle permettra de parfaire la réflexion sur la faisabilité et l'intérêt de constituer un entrepôt de données interrégimes et de faire des recommandations plus précises et opérationnelles basées sur l'expérience. Elle permettra également de dégager les éléments indispensables à l'utilisation des données de réparation dans le cadre de la surveillance et de la veille sanitaire des risques professionnels.

Références bibliographiques

- [1] Plan santé-travail 2005-2009. Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale. Février 2005.
- [2] Rapport d'audit de l'organisation du système d'information statistique relatif aux accidents du travail et aux maladies professionnelles. D. Lejeune, A. Viennot. Igas rapport n°2005 151/Insee Rapport N° 178/B010 Rapport Initial Octobre 2005.
- [3] La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles. Rapport public particulier, Février 2002. Cour des comptes. Les éditions des Journaux officiels, Paris 273 p.
- [4] La population protégée par les régimes de sécurité sociale au 31 décembre 2001. Dossiers études et statistiques N°56. L'Assurance maladie.
- [5] Statistiques nationales des accidents du travail, des accidents de trajet et des maladies professionnelles Année 2003. Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Direction des risques professionnels. Paris, 2005.
- [6] Charte des accidents du travail et des maladies professionnelles. Direction des risques professionnels et Echelon national du service médical. L'Assurance maladie. Février 2001.
- [7] Les maladies professionnelles. Guide d'accès aux tableaux du régime général et du régime agricole de la Sécurité sociale. G. Abadia, A. Chapouthier, B. Delemotte, A. Delepine, N. Guillemy, A. Leprince. Editions INRS Avril 2004, 350 p.
- [8] Elaboration et mise en œuvre des diagnostics et plans d'action dans le cadre de la politique du travail : rapport de synthèse. Rapport Igas n0 2004 197, avril 2005.
- [9] Annuaire statistique Résultats nationaux 2002. Volet 1. CCMSA - Direction des statistiques et des Etudes économiques et financières.
- [10] Approche statistique des risques professionnels des salariés agricoles. CCMSA - Direction de la santé. Sous-direction de la santé-sécurité au travail. Février 2005.
- [11] La fonction publique, faits et chiffres 2003. Ministère de la fonction publique et de la réforme de l'état. La documentation française. Paris, 2004, 240 p.
- [12] Jean-Pierre Jourdain. Le fonctionnaire face à l'accident de service et au handicap dans la fonction publique de l'Etat. Les cahiers de la fonction publique Mai 2004.
- [13] Etude de l'invalidité, pensions, allocations, rentes. Flux 2003. CNRA-ATIACL.
- [14] Le risque professionnel et l'invalidité. Caisse des dépôts et consignation. 21 Avril 2005.
- [15] ATIACL. Rapport annuel 2003. Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales. CDC.
- [16] Rapport annuel 2002 des accidents et maladies professionnelles dans les fonctions publiques hospitalières et territoriale. CDC.
- [17] R. Martinez. Les accidents du travail et les maladies professionnelles en 2002. Bureau des statistiques et de l'évaluation. Résultats N°8-2004. DGAFP.
- [18] SNCF rapport d'activité 2003.
- [19] D. Saragoussi, A. Chevalier, T de Chazal, B. Hazard, G. Lahon. Les maladies professionnelles liées à l'amiante indemnisées à Electricité de France Gaz de France : résultats d'une enquête rétrospective sur 23 ans. Arch Mal prof, 2002,63(8),609-621.
- [20] Cancer. Une mobilisation nationale, tous ensemble. (Plan cancer) Mars 2003.
- [21] European statistics on accidents at work (ESAW). Methodology. 2001 Edition. Eurostat.
- [22] Les maladies professionnelles en Europe. Etude comparative sur 13 pays. Procédures et conditions de déclaration, reconnaissance et réparation. EUROGIP. Septembre 2000.
- [23] Les maladies professionnelles dans 15 pays européens. Les chiffres 1990-2000, l'actualité juridique et pratique 1999-2002. EUROGIP 2004.
- [24] Occupational diseases in Europe in 2001. Statistics in Focus. Population and social conditions. 15/2004 EUROSTAT.

- [24] Work and Health in the EU, a statistical portrait. Data 1994-2002. European Commission, Eurostat. Luxembourg: Office for official publications of the European communities, 2004.
- [26] B. Geoffroy-Perez, E. Imbernon, M. Goldberg. Projet COSMOP : Cohorte pour la surveillance de la mortalité par profession.2005. www.invs.sante.fr
- [27] P. Rolland, C. Gramond, H. Berron *et al.* Mésothéliome pleural : professions et secteurs d'activité à risque chez les hommes. Octobre 2005. www.invs.sante.fr
- [28] Y. Roquelaure, C. Ha, A. Touranchet, E. Imbernon, M. Goldberg. Réseau expérimental de surveillance épidémiologique des TMS dans les pays de Loire. 2004. www.invs.sante.fr
- [29] C. Ha, A. Touranchet, M. Mouniau *et al.* Les « semaines des MCP ». Un observatoire des maladies à caractère professionnel dans les pays de la Loire. Juin 2005. www.invs.sante.fr
- [30] Construction et utilisation des indicateurs dans le domaine de la santé. Principes généraux. Anaes, mai 2002. www.anaes.fr
- [31] WHO 2002. The World Health Report 2002; Reducing Risks, Promoting Healthy Life. Also at www.who.int/whr/2002. Geneva. World health Organization.
- [32] M.A. Fingerhut (guest editor). Contribution of Occupational Risks to the Global Burden of Diseases. Am. J. Ind. Med. 48(6) ; Special issue. December 2005.
- [33] E. Imbernon. Estimation du nombre de cas de certains cancers attribuables à des facteurs professionnels en France. Institut de veille Sanitaire Avril 2003. www.invs.sante.fr

Annexe 1 - Personnes interviewées

CnamTS :

Direction des risques professionnels : Mr Evrard, Mr Allard, Mr Haeflinger,
Mr Moullier, Mr De Luca

Direction du Service Médical : Dr Régnier, Dr Laporte

ERSM (Ile de France) : Dr Lessellier

CPAM du Val de Marne : Mme Peuvion, Mme Coste, Mme Etard, Mme Epers

Cramif : Mr Bouillon, Mr Etori

ATIACL (Fonds géré par la Caisse des dépôts et consignation, Bordeaux) :

Mr Morel, Mme Baudinat, les membres du Comité Scientifique et Technique, présidé par Mr Nicolle

MSA :

Mme Abadia, Mme Hardouin, Mr Larrat, Mme Moyne, Mme Onatibia, Mr Payen, Mr Proust, Mr Roy

Fonction publique de l'Etat :

Direction générale de l'administration et de la fonction publique : Mr Gabette, Mme Gaudefroy,
Mme Dussert, Mr Martinez, Mr Gutierrez

Inspection Académique des Hauts de Seine : Mme Vialard

Enseignement supérieur : Mr Cordier (Institut Supérieur de mécanique de Paris)

Ministère de l'équipement : Mme Thorin, Mr Zemour

SNCF :

A l'échelon national du contrôle médical et dentaire : les docteurs Barrière, Lebois, et Devenssasou

Au service administratif : Mme Bouvier

RATP :

Mr Marchand, Dr Randon

EDF-GDF :

Mr Quélard, Dr Michelin, Dr Simon