

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ

ANNÉE 2023

2023 TOU3 1677

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE
MÉDECINE SPÉCIALISÉE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Etienne SOUMRANY

le 12 octobre 2023

Commission médicale de recours amiable

Etude des recours employeur sur la région Occitanie

Directeur de thèse : Dr Frédéric SAVALL

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT

Président

Monsieur le Professeur Norbert TELMON

Assesseur

Monsieur le Professeur Fabrice HÉRIN

Assesseur

Monsieur le Professeur Frédéric SAVALL

Assesseur



Département Médecine, Maïeutique et Paramédical
Tableau du personnel hospitalo-universitaire de médecine
2022-2023

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. MAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAROCHE Michel
Professeur Honoraire	M. ATTAL Michel	Professeur Honoraire	M. LAUQUE Dominique
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BOSSAVY Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MONTASTRUC Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BUJAN Louis	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CALVAS Patrick	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHIRON Philippe	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SCHMITT Laurent
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques

Professeurs Emérites

Professeur BUJAN Louis	Professeur MAGNAVAL Jean-François	Professeur VINEL Jean-Pierre
Professeur CHAP Hugues	Professeur MARCHOU Bruno	
Professeur FRAYSSE Bernard	Professeur MONTASTRUC Jean-Louis	
Professeur LANG Thierry	Professeur PERRET Bertrand	
Professeur LAROCHE Michel	Professeur ROQUES LATRILLE Christian	
Professeur LAUQUE Dominique	Professeur SERRE Guy	

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. AMAR Jacques (C.E)	Thérapeutique	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire	M. MALAVAUD Bernard (C.E)	Urologie
M. AVET-LOISEAU Hervé (C.E)	Hématologie, transfusion	M. MANSAT Pierre (C.E)	Chirurgie Orthopédique
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MARQUE Philippe (C.E)	cardiovasculaire
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MAS Emmanuel	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	Mme MAZEREEUW Juliette	Cardiologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Dermatologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Pneumologie
Mme BURAS-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. BUREAU Christophe	Hépatogastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Chirurgie Digestive
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OLIVOT Jean-Marc	Gériatrie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. OSWALD Eric (C.E)	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAGES Jean-Christophe	Bactériologie-Virologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	M. PARIENTE Jérémie	Biologie cellulaire
Mme CHARPENTIER Sandrine (C.E)	Médecine d'urgence	M. PAUL Carle (C.E)	Neurologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Dermatologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Biophysique
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hématologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	Mme PERROT Aurore	Hépatogastro-Entérologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Physiologie
M. COURBON Frédéric (C.E)	Biophysique	Mme RAUZY Odile	Pharmacologie
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RECHER Christian(C.E)	Psychiatrie Infantile
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. RITZ Patrick (C.E)	Hématologie
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Nutrition
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. RONCALLI Jérôme	Gériatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Cardiologie
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Radiologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SAILLER Laurent (C.E)	Neurochirurgie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Médecine Interne
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Infantile
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. SANS Nicolas	Pédiatrie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Radiologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FOURCADE Olivier (C.E)	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Pharmacologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Pédiatrie
M. GAME Xavier (C.E)	Urologie	M. SOLER Vincent	Neurochirurgie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Ophtalmologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULAT Jean-Marc (C.E)	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel (C.E)	Anatomie Pathologique	M. SOULIE Michel (C.E)	Médecine du Travail
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	M. SUC Bertrand	Urologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Chirurgie Digestive
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TELMON Norbert (C.E)	Pédiatrie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme TREMOLLIÈRES Florence	Médecine Légale
M. HUYGHE Eric	Urologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Biologie du développement
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Anatomie Pathologique
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gynécologie Obstétrique
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique	M. VERGEZ Sébastien	Gériatrie
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition		Oto-rhino-laryngologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie		

P.U. Médecine générale

Mme DUPOUY Julie
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

P.U. - P.H.
2ème classe

Professeurs Associés

M. ABBO Olivier
Mme BONGARD Vanina
M. BOUNES Vincent
Mme BOURNET Barbara
Mme CASPER Charlotte
M. CAVAIGNAC Etienne
M. CHAPUT Benoît
M. COGNARD Christophe
Mme CORRE Jill
Mme DALENC Florence
M. DE BONNECAZE Guillaume
M. DECRAMER Stéphane
Mme DUPRET-BORIES Agnès
M. EDOUARD Thomas
M. FAGUER Stanislas
Mme FARUCH BILFELD Marie
M. FRANCHITTO Nicolas
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio
Mme GASCOIN Géraldine
M. GUIBERT Nicolas
M. GUILLEMINAULT Laurent
M. HERIN Fabrice
M. LAIREZ Olivier
M. LEANDRI Roger
M. LOPEZ Raphael
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume
Mme MARTINEZ Alejandra
M. MARX Mathieu
M. MEYER Nicolas
Mme MOKRANE Fatima
Mme PASQUET Marlène
M. PIAU Antoine
M. PORTIER Guillaume
M. PUGNET Grégory
M. REINA Nicolas
M. RENAUDINEAU Yves
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline
Mme SAVAGNER Frédérique
M. SAVALL Frédéric
M. SILVA SIFONTES Stein
Mme SOMMET Agnès
M. TACK Ivan
Mme VAYSSE Charlotte
Mme VEZZOSI Delphine
M. YRONDI Antoine
M. YSEBAERT Loic

Chirurgie infantile
Epidémiologie, Santé publique
Médecine d'urgence
Gastro-entérologie
Pédiatrie
Chirurgie orthopédique et traumatologie
Chirurgie plastique
Radiologie
Hématologie
Cancérologie
Anatomie
Pédiatrie
Oto-rhino-laryngologie
Pédiatrie
Néphrologie
Radiologie et imagerie médicale
Addictologie
Chirurgie Plastique
Pédiatrie
Pneumologie
Pneumologie
Médecine et santé au travail
Biophysique et médecine nucléaire
Biologie du dével. et de la reproduction
Anatomie
Maladies infectieuses, maladies tropicales
Gynécologie
Oto-rhino-laryngologie
Dermatologie
Radiologie et imagerie médicale
Pédiatrie
Médecine interne
Chirurgie Digestive
Médecine interne
Chirurgie orthopédique et traumatologique
Immunologie
Rhumatologie
Biochimie et biologie moléculaire
Médecine légale
Réanimation
Pharmacologie
Physiologie
Cancérologie
Endocrinologie
Psychiatrie
Hématologie

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BIREBENT Jordan
M. BOYER Pierre
Mme FREYENS Anne
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

FACULTE DE SANTE
Département Médecine, Maïeutique et Paramédical

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence
M. APOIL Pol Andre
Mme ARNAUD Catherine
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie
Mme BASSET Céline
Mme BELLIERES-FABRE Julie
Mme BERTOLI Sarah
M. BIETH Eric
Mme BOUNES Fanny
Mme BREHIN Camille
M. BUSCAIL Etienne
Mme CAMARE Caroline
Mme CANTERO Anne-Valérie
Mme CARFAGNA Luana
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie
Mme CASSAGNE Myriam
Mme CASSAING Sophie
Mme CASSOL Emmanuelle
M. CHASSAING Nicolas
M. CLAVEL Cyril
Mme COLOMBAT Magali
M. COMONT Thibault
M. CONGY Nicolas
Mme COURBON Christine
M. CUROT Jonathan
Mme DAMASE Christine
Mme DE GLISEZINSKY Isabelle
M. DEDOUIT Fabrice
M. DEGBOE Yannick
M. DELMAS Clément
M. DELPLA Pierre-André
M. DESPAS Fabien
M. DUBOIS Damien
Mme ESQUIROL Yolande
Mme FILLAUX Judith
Mme FLOCH Pauline
Mme GALINIER Anne
M. GANTET Pierre
M. GASQ David
M. GATIMEL Nicolas

Bactériologie Virologie Hygiène
Immunologie
Epidémiologie
Biochimie
Cytologie et histologie
Néphrologie
Hématologie, transfusion
Génétique
Anesthésie-Réanimation
Pneumologie
Chirurgie viscérale et digestive
Biochimie et biologie moléculaire
Biochimie
Pédiatrie
Nutrition
Ophtalmologie
Parasitologie
Biophysique
Génétique
Biologie Cellulaire
Anatomie et cytologie pathologiques
Médecine interne
Immunologie
Pharmacologie
Neurologie
Pharmacologie
Physiologie
Médecine Légale
Rhumatologie
Cardiologie
Médecine Légale
Pharmacologie
Bactériologie Virologie Hygiène
Médecine du travail
Parasitologie
Bactériologie-Virologie
Nutrition
Biophysique
Physiologie
Médecine de la reproduction

Mme GENNERO Isabelle
Mme GENOUX Annelise
Mme GRARE Marion
M. GUERBY Paul
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline
Mme GUYONNET Sophie
M. HAMDY Safouane
Mme HITZEL Anne
M. IRIART Xavier
Mme JONCA Nathalie
M. LAPEBIE François-Xavier
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse
M. LEPAGE Benoit
M. LHERMUSIER Thibault
M. LHOMME Sébastien
Mme MASSIP Clémence
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise
Mme MONTASTIER Emilie
M. MONTASTRUC François
Mme MOREAU Jessika
Mme MOREAU Marion
M. MOULIS Guillaume
Mme NOGUEIRA Maria Léonor
Mme PERICART Sarah
M. PILLARD Fabien
Mme PLAISANCIE Julie
Mme PUISSANT Bénédicte
Mme QUELVEN Isabelle
Mme RAYMOND Stéphanie
M. REVET Alexis
Mme RIBES-MAUREL Agnès
Mme SABOURDY Frédérique
Mme SALLES Juliette
Mme SAUNE Karine
Mme SIEGFRIED Aurore
M. TREINER Emmanuel
Mme VALLET Marion
M. VERGEZ François
Mme VIJA Lavinia

Biochimie
Biochimie et biologie moléculaire
Bactériologie Virologie Hygiène
Gynécologie-Obstétrique
Anatomie Pathologique
Nutrition
Biochimie
Biophysique
Parasitologie et mycologie
Biologie cellulaire
Chirurgie vasculaire
Pharmacologie
Biostatistiques et Informatique
médicale
Cardiologie
Bactériologie-virologie
Bactériologie-virologie
Biochimie
Nutrition
Pharmacologie
Biologie du dév. Et de la reproduction
Physiologie
Médecine interne
Biologie Cellulaire
Anatomie et cytologie pathologiques
Physiologie
Génétique
Immunologie
Biophysique et médecine nucléaire
Bactériologie Virologie Hygiène
Pédo-psychiatrie
Hématologie
Biochimie
Psychiatrie adultes/Addictologie
Bactériologie Virologie
Anatomie et cytologie pathologiques
Immunologie
Physiologie
Hématologie
Biophysique et médecine nucléaire

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
M. CHICOUJAA Bruno
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme DURRIEU Florence
M. GACHIES Hervé
Mme LATROUS Leïla
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marielle

Remerciements

A mon jury de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Marc SOULAT, pour sa bienveillance et son encadrement tout au long de mon internat. Merci d'avoir accepté de présider ce jury de thèse.

Monsieur le Professeur Fabrice HÉRIN, pour avoir fait le lien entre la médecine du travail et la médecine légale, et m'avoir lancé sur ce travail de thèse. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Monsieur le Professeur Norbert TELMON, pour son accueil au sein de sa discipline, et la possibilité qu'il m'a offerte de découvrir une nouvelle spécialité. Merci d'avoir accepté de faire partie de ce jury.

Monsieur le Professeur Frédéric SAVALL, pour ses conseils, son accompagnement et ses encouragements tout au long de l'élaboration de ce travail. Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse.

A mes amis,

Vous savez qui vous êtes et vous allez probablement critiquer ces deux pauvres lignes, dire que je manque d'imagination et de mots pour décrire nos relations, et vous aurez raison. Merci pour ces moments passés ensemble et pour tout ceux à venir.

A ma sœur et mon frère,

Merci pour tous les souvenirs d'enfance, nous avons grandi ensemble et j'espère qu'on continuera de le faire, et que nous deviendrons des personnes accomplies et heureuses.

A mes parents,

Merci pour votre patience et votre soutien pendant ces longues études, merci pour l'amour et l'éducation que vous nous avez offert à tous les trois. Je vous dédie cette thèse vous qui n'avez pas pu être présent.

Table des matières

1 – Introduction	7
1.1 – La commission médicale de recours amiable	7
1.1.1 – Instauration de la CMRA	7
1.1.2 – Composition	7
1.1.3 – Fonctionnement	7
1.2 – Compétences de la CMRA	8
1.2.1 – Recours assurés	8
1.2.2 – Recours employeurs	8
1.3 – Invalidité	8
1.3.1 – Conditions d’attribution	8
1.3.2 – Catégorie d’invalidité	9
1.3.3 – Montant de la pension d’invalidité	9
1.4 – Retraite au titre de l’inaptitude au travail	10
1.5 – Le taux d’incapacité permanente	10
1.5.1 – Fixation du taux	10
1.5.2 – Montant de l’indemnité	10
1.6 – L’assurance AT/MP	11
1.7 – Le compte employeur	12
1.8 – Imputabilité de l’accident de travail	12
1.9 – Contexte et objectif de l’étude	13
2 – Matériels et méthodes	14
2.1 – Recueil des données	14
2.2 – Critères d’inclusion et de non-inclusion	14
2.3 – Critères d’exclusion	14
2.4 – Données recueillies	15
2.5 – Analyse statistique	15
3 – Résultats	16
3.1 – Dossiers recueillis	16
3.2 – Recours employeur concernant un taux d’IP	17
3.2.1 – Caractéristiques initiales des dossiers	17
3.2.2 – Caractéristiques des dossiers révisés par la CMRA	20
3.2.3 – Facteurs influençant la révision des dossiers	22
3.3 – Recours employeur concernant l’imputabilité	24
3.3.1 – Caractéristiques initiales des dossiers	24
3.3.2 – Caractéristiques des dossiers révisés par la CMRA	24
4 – Discussion	25
4.1 – Commentaires des résultats	25
4.1.1 – Recours concernant un taux d’IP	25
4.1.2 – Recours concernant une imputabilité	31
5 – Conclusion	33
Références bibliographiques	35
Table des tableaux	38
Table des illustrations	39

1 – Introduction

1.1 – La commission médicale de recours amiable

La commission médicale de recours amiable (CMRA) est chargée de statuer sur les contentieux d'ordre médical relatifs à une décision prise par l'organisme de l'Assurance Maladie, son fonctionnement et sa composition sont définis par les articles R142-8 à R142-8-8 du Code de la Sécurité Sociale (CSS).

1.1.1 – Instauration de la CMRA

La loi n° 2016-1547 du 18 novembre 2016 de modernisation de la justice du XXI^e siècle modifie l'article L. 142-5 du CSS et prévoit que les contentieux sociaux soient précédés d'un recours préalable obligatoire. Le décret n° 2018-928 du 29 octobre 2018 relatif au contentieux de la sécurité sociale et de l'aide sociale viendra en préciser le fonctionnement dans les articles R142-8 du CSS qui régissent la soumission du recours mentionné à l'article L. 142-5 à une commission médicale de recours amiable. Ces articles seront successivement modifiés par le Décret n° 2019-1506 du 30 décembre 2019 relatif à la simplification du contentieux de la sécurité sociale et le Décret n° 2022-1036 du 22 juillet 2022.

1.1.2 – Composition

La CMRA se compose de deux médecins : un médecin expert inscrit sur les listes mentionnées à l'article 2 de la Loi n° 71-498 du 29 juin 1971 relative aux experts judiciaires et un médecin-conseil. Ces médecins ne peuvent être le médecin qui a soigné l'assuré, un médecin attaché à l'employeur ou le praticien-conseil de l'organisme, auteur de l'avis médical contesté ou un médecin appartenant au conseil ou au conseil d'administration de la caisse concernée. A noter que si les avis divergent la voix du médecin expert est prépondérante ¹.

1.1.3 – Fonctionnement

Une fois réception du recours préalable, un médecin-conseil de la caisse dont la décision est contestée rédige et transmet sous 10 jours à la CMRA un rapport médical. Ce dernier comprend :

- l'exposé de ses constatations faites et de ses éléments d'appréciation, sur pièces ou suite à l'examen clinique de l'assuré,
- ses conclusions motivées,
- les certificats médicaux détenus par le médecin-conseil du service du contrôle médical, et, le cas échéant, par la caisse, lorsque la contestation porte sur l'imputabilité des lésions, soins et arrêts de travail pris en charge au titre de l'accident du travail (AT) ou de la maladie professionnelle (MP) ².

Si le recours provient de l'employeur, le rapport médical peut également être envoyé à l'assuré ou au médecin mandaté par l'employeur qui peuvent, dans un délai de 20 jours, faire parvenir leurs observations à la CMRA ³. La loi prévoit également que la CMRA peut faire procéder à un examen médical de l'assuré en vue d'avis ou à une expertise sur pièces ⁴.

¹ Code de la Sécurité sociale, Partie Règlementaire, Livre I, Titre IV, Chapitre 2, Section 2, Sous-section 2, Article R142-8-1

² Code de la Sécurité sociale, Partie Règlementaire, Livre I, Titre IV, Chapitre 2, Section 2, Sous-section 2, Article R142-8-2

³ Code de la Sécurité sociale, Partie Règlementaire, Livre I, Titre IV, Chapitre 2, Section 2, Sous-section 2, Article R142-8-3

⁴ Code de la Sécurité sociale, Partie Règlementaire, Livre I, Titre IV, Chapitre 2, Section 2, Sous-section 2, Article R142-8-4

La CMRA va alors analyser le dossier et rendra ses constatations et ses conclusions motivées dans un rapport. Sa décision s'imposera à l'organisme de prise en charge puis celui-ci en notifiera l'intéressé ⁵. L'assuré dispose d'un délai de deux mois pour saisir le pôle social du Tribunal de Grande Instance s'il n'est pas satisfait de la décision de la CMRA.

1.2 - Compétences de la CMRA

Lors de sa mise en place au 1^{er} janvier 2019, la CMRA se prononçait uniquement sur les contestations relatives au taux d'incapacité permanente partielle (IPP) attribué à un salarié à la suite d'un AT ou d'une MP. A partir du 1er septembre 2020, la compétence de la CMRA a été élargie à l'ensemble des contestations de nature médicale ⁶.

1.2.1 - Recours assurés

L'assuré peut soumettre un recours relatif :

- à l'état ou au degré d'invalidité en cas d'accident ou de maladie non professionnelle,
- à l'état d'inaptitude au travail,
- à l'état d'incapacité permanente de travail et notamment au taux de cette incapacité, en cas d'AT ou de MP.

1.2.2 - Recours employeurs

En cas d'AT ou de MP, l'employeur peut soumettre un recours relatif :

- à l'état d'incapacité permanente de travail, notamment au taux de cette incapacité,
- à l'imputabilité des arrêts de travail.

1.3 - Invalidité

Un assuré peut bénéficier d'une pension d'invalidité à la suite d'un accident ou une maladie non professionnelle selon les modalités prévues aux Articles L341-1 à L341-14-1 du CSS.

1.3.1 - Conditions d'attribution

Pour pouvoir se voir attribuer une pension d'invalidité, un assuré doit présenter une invalidité réduisant sa capacité de travail ou de gain, c'est-à-dire l'empêchant de se procurer un salaire supérieur à une fraction de sa précédente rémunération avant l'accident ou la maladie ⁷. Cette fraction est fixée à deux tiers selon l'Article R341-2 du CSS.

Pour recevoir une pension d'invalidité, l'assuré doit justifier à la fois d'une durée minimale d'affiliation de 12 mois et d'un montant minimum de cotisations égal à 2030 fois le salaire minimum interprofessionnel de croissance (SMIC) horaire au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ou d'un nombre minimum d'heures de travail salarié ou assimilé soit 600 heures au cours des 12 mois précédant l'interruption de travail ^{8, 9}.

⁵ Code de la Sécurité sociale, Partie Règlementaire, Livre I, Titre IV, Chapitre 2, Section 2, Sous-section 2, Article R142-8-5

⁶ Décrets n° 2018-928 du 29 octobre 2018 et n° 2019-1506 du 30 décembre 2019

⁷ Code de la Sécurité sociale, Partie Législative, Livre III, Titre IV, Chapitre 1, Article L341-1

⁸ Code de la Sécurité sociale, Partie Législative, Livre III, Titre IV, Chapitre 1, Article L341-2

⁹ Code de la Sécurité sociale, Partie Règlementaire, Livre III, Titre I, Chapitre 3, Article R313-5

L'invalidité peut être attribuée soit :

- après consolidation de la blessure,
- après stabilisation de l'état de santé,
- à la fin du versement des indemnités journalières pour arrêt maladie,
- sur constatation médicale, si celle-ci résulte de l'usure prématurée de l'organisme ¹⁰.

La pension d'invalidité est attribuée à titre provisoire ¹¹. Celle-ci peut être modifiée, suspendue en tout ou en partie, ou retirée selon l'évolution de la situation de l'assuré ¹².

1.3.2 - Catégorie d'invalidité

Afin de déterminer le montant de la pension d'invalidité, les patients invalides sont classés en 3 catégories ¹³ :

- catégorie 1 : l'assuré peut encore exercer une activité rémunérée,
- catégorie 2 : l'assuré est incapable d'avoir un emploi,
- catégorie 3 : l'assuré est incapable d'avoir un emploi et nécessite l'aide d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne.

C'est le médecin-conseil qui détermine la catégorie d'invalidité.

1.3.3 - Montant de la pension d'invalidité

Le montant de la pension versée est calculé selon un salaire moyen obtenu à partir des dix meilleures années de salaire de l'assuré dans la limite du plafond fixé par la Sécurité sociale. Il correspond à un certain pourcentage de salaire en lien avec la catégorie d'invalidité ¹⁴ (Tableau I).

Catégorie d'invalidité	Pourcentage du salaire annuel moyen (en %)	Montant mensuel minimum de la pension d'invalidité (en €)	Montant mensuel maximum de la pension d'invalidité (en €)
Catégorie 1	30	311.56	1099.80
Catégorie 2	50	311.56	1833.00
Catégorie 3	50, majoré de 40% par la majoration tierce personne	311.56	1833.00

Tableau I : Calcul du montant de la pension en fonction de la catégorie de l'invalidité.

¹⁰ Code de la Sécurité sociale, Partie Législative, Livre III, Titre IV, Chapitre 1, Article L341-3

¹¹ Code de la Sécurité sociale, Partie Législative, Livre III, Titre IV, Chapitre 1, Article L341-9

¹² Code de la Sécurité sociale, Partie Législative, Livre III, Titre IV, Chapitre 1, Article L341-11 à L341-13

¹³ Code de la Sécurité sociale, Partie Législative, Livre III, Titre IV, Chapitre 1, Article L341-4

¹⁴ Code de la Sécurité sociale, Partie Réglementaire, Livre III, Titre IV, Chapitre 1, Article R341-4 à R341-6-1

1.4 – Retraite au titre de l’inaptitude au travail

La retraite au titre de l'inaptitude au travail permet à un assuré d'obtenir une retraite au taux maximum de 50 % dès l'âge légal de départ à la retraite, quel que soit le nombre de trimestres cotisés. Un assuré peut être reconnu inapte au travail selon les dispositions prises à l'Article L351-7 du CSS. Pour cela, il faut qu'il ne soit plus en mesure d'exercer son emploi sans nuire gravement à sa santé et être atteint d'une incapacité de travail médicalement constatée.

1.5 – Le taux d'incapacité permanente

A la suite d'un AT ou d'une MP, un assuré victime d'une réduction de ses capacités de travail peut se voir accorder une rente d'incapacité permanente dans le but d'indemniser le préjudice subi. Cette indemnité peut être versée sous forme de rente viagère ou de capital selon les modalités prévues aux Article L434-1 à L434-21 du CSS.

1.5.1 – Fixation du taux

Le taux permettant de calculer cette indemnité est fixé par l'organisme de sécurité sociale dont dépend l'assuré. Ce taux est fixé selon la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité ¹⁵. Ces barèmes se trouvent en annexe du CSS.

1.5.2 – Montant de l'indemnité

L'indemnité forfaitaire versée sous forme de capital est fixée selon les montants mentionnés à l'Article D434-1 du CSS et revalorisée au 1^{er} avril de chaque année par application du coefficient mentionné à l'article L161-25 du CSS (Tableau II).

Taux d'IPP (en %)	Montant de l'indemnité (en €)
1	433,98
2	721,65
3	1054,54
4	1664,44
5	2108,55
6	2607,94
7	3162,58
8	3773,19
9	4439,00

Tableau II : montant de l'indemnité forfaitaire pour un taux d'IP <10%.

Un taux supérieur ou égal à 10 % permet l'obtention d'une rente viagère. Le montant de la rente est calculé selon les modalités prévues aux Articles R434-1 à R434-35 du CSS. Le calcul s'effectue sur les salaires perçus par l'assuré pour les 12 derniers mois précédant l'AT ou la MP. Le salaire de référence est pris en compte selon un mécanisme dégressif (Tableau III). Le salaire pris en compte ne peut pas être inférieur à 19 745,03 €.

¹⁵ Code de la Sécurité sociale, Partie Législative, Livre IV, Titre III, Chapitre 4, Article L434-2

Salaire annuel	Fraction de salaire prise en compte
Inférieur à 39 490,06 €	Prise en compte intégrale
Entre 39 490,06 € et 157 960,24 €	Prise en compte à raison d'un tiers
Supérieur à 157 960,24 €	Pas de prise en compte

Tableau III : fraction du salaire pris en compte en fonction du montant du salaire.

Entre 10 % et 80 %, le taux d'IPP utilisé dans le calcul de la rente est déterminé en réduisant le taux fixé par la caisse de moitié jusqu'à 50 % d'incapacité et en l'augmentant de moitié pour la partie du taux excédant 50 %. A partir d'un taux d'IPP fixé par la caisse de 80 %, celui-ci est utilisé tel quel dans le calcul du montant de la rente.

Par exemple, pour un taux fixé à 60 %, le taux retenu pour le calcul est de : $\frac{50}{2} + (10 \times 1,5) = 40\%$. Pour un salaire de 160 000 € sur les 12 derniers mois, la rente annuelle serait de : $\left(39490,06 + \frac{157960,24 - 39490,06}{3}\right) \times 40\% = 78980,12 \times 40\% = 31592,05$ € soit 2632,67 € par mois.

Autre exemple pour un taux fixé à 20 % le taux retenu pour le calcul est de : $\frac{20}{2} = 10\%$. Pour un salaire de 30 000 € sur les 12 derniers mois précédant l'arrêt, la rente annuelle serait de : $30000,00 \times 10\% = 3000,00$ € soit 250 € par mois.

Dernier exemple pour un taux de 90 % et pour un salaire de 50 000 €, le calcul s'effectue de la manière suivante : $\left(39490,06 + \frac{50000,00 - 39490,06}{3}\right) \times 90\% = 38694,04$ € soit 3 224,50 € par mois.

La rente est versée chaque trimestre ou chaque mois en cas d'IPP supérieure ou égale de 50 %.

1.6 - L'assurance AT/MP

La branche AT/MP de l'Assurance Maladie est financée par les cotisations des entreprises. Les différents modes de tarification et les modalités de calcul du taux de cotisation sont déterminés selon les Articles D242-6 à D242-6-24 du CSS. Le taux est notifié aux entreprises à chaque début d'année par Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail (CARSAT), et prend en compte différents critères :

- le nombre de salariés,
- le secteur d'activité,
- les salaires des 3 dernières années connues,
- le nombre d'AT et MP et leurs coûts reportés sur le compte employeur.

Il existe trois modes de tarification en fonction de la taille des entreprises :

- la tarification collective pour les entreprises de moins de 20 salariés, dans laquelle le taux est déterminé au niveau national et publié au Journal Officiel en fonction du secteur d'activité de l'entreprise,
- la tarification mixte pour les entreprises de 20 à de 149 salariés, qui combine la tarification collective et la tarification individuelle pour fixer le taux de cotisation : plus l'effectif de l'entreprise est élevé, plus la tarification est individualisée,

- la tarification individuelle pour les entreprises de plus de 150 salariés, dans laquelle le taux est calculé en prenant en compte le secteur d'activité et le coût des AT et des MP enregistrés sur le compte employeur.

1.7 - Le compte employeur

Le compte employeur renseigne sur le coût financier des AT et des MP survenus aux salariés de l'établissement. Le compte est dit « dynamique » car il est enrichi au fur et à mesure de la reconnaissance des sinistres. Un employeur a donc tout intérêt à le vérifier régulièrement pour mieux maîtriser à terme le coût des sinistres et, par voie de conséquence, son taux AT/MP car c'est à partir de ce document que la Caisse Régionale d'Assurance Maladie notifie en début d'année le taux de cotisations AT/MP de l'entreprise.

Depuis les taux 2014, la part individuelle du taux de cotisation n'est plus calculée sur la base du coût de chaque sinistre pris isolément, mais sur la base d'un barème de coûts moyens. L'arrêté du 24 décembre 2021 relatif à la tarification des risques d'AT et de MP pour l'année 2022 précise ces coûts moyens.

Sur cet arrêté on retrouve en annexe les barèmes des coûts moyens d'incapacité temporaire et d'incapacité permanente. Ces coûts moyens permettent de valoriser chaque AT ou MP. Ils sont répartis en 4 catégories selon le taux d'IP.

- IP de moins de 10 %,
- IP de 10 % à 19 %,
- IP de 20 % à 39 %,
- IP de 40 % et plus ou décès de la victime.

En fonction du secteur d'activité de l'entreprise les coûts s'étendent de :

- 2 157€ à 2 369€ pour des IP inférieures à 10 %,
- 51 458€ à 167 464€ pour des IP de 10 % à 19 %,
- 98 667€ à 167 464€ pour des IP de 20 % à 39 %,
- 439 342€ à 751 266€ pour des IP de 40 % et plus ou un décès.

On comprend ici l'enjeu financier qui motive l'employeur à effectuer un recours auprès de la CMRA. On voit notamment que le passage du taux d'IP sous les 10 % peut entraîner une baisse importante des coûts mis en jeu lors de la tarification individuelle.

1.8 - Imputabilité de l'accident de travail

Concernant l'imputabilité, une fois un AT ou une MP pris en charge par l'Assurance Maladie, le salarié perçoit une indemnisation composée :

- des indemnités journalières de sécurité sociale versées par la CPAM à partir du premier jour d'absence (sans délai de carence),
- d'une indemnité complémentaire versée par l'employeur correspondant au maintien de salaire.

Le maintien de salaire en AT ou MP est possible à condition de remplir certaines conditions d'attribution prévues à l'Article L1226-1 du Code du travail :

- l'ancienneté minimale du salarié est de 1 an,
- le salarié a transmis le certificat médical à l'employeur sous 48 heures,
- le salarié bénéficie des indemnités journalières de sécurité sociale,
- le salarié est soigné en France ou dans l'un des États membres de l'Union Européenne ou de l'Espace Economique Européen,
- le constat de l'incapacité de travail a été établi en France.

Ces dispositions ne s'appliquent pas aux salariés travaillant à domicile, aux salariés saisonniers, aux salariés intermittents et aux salariés temporaires.

Le montant et la durée de versement de l'indemnité complémentaire est encadré par les Articles D1226-1 à D1226-7 du Code du travail. Au cours des 30 premiers jours le montant de l'indemnité est de 90 % de la rémunération brute que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler ; elle est de deux tiers de cette même rémunération pendant les 30 jours suivants ¹⁶.

La durée de versement des indemnités par l'employeur varie en fonction de l'ancienneté dans l'entreprise ¹⁷ (Tableau IV).

Durée d'ancienneté dans l'entreprise	Durée maximale de versement des indemnités au cours d'une période de 12 mois
De 1 à 5 ans	60 jours (30 jours à 90 % et 30 jours au 2/3)
De 6 à 10 ans	80 jours (40 jours à 90 % et 40 jours au 2/3)
	100 jours (50 jours à 90 % et 50 jours au 2/3)
	120 jours (60 jours à 90 % et 60 jours au 2/3)
	140 jours (70 jours à 90 % et 70 jours au 2/3)
	160 jours (80 jours à 90 % et 80 jours au 2/3)
31 ans et plus	180 jours (90 jours à 90 % et 90 jours au 2/3)

Tableau IV : durée de versement des indemnités complémentaires.

Afin de réduire les coûts associés à un AT ou une MP, un employeur peut contester auprès de la CMRA l'imputabilité de ceux-ci par rapport à l'arrêt en cours et ainsi réduire la durée l'arrêt de travail pris en charge au titre de l'AT ou de la MP et, *in fine*, réduire le versement des indemnités complémentaires ou son taux de cotisation.

1.9 - Contexte et objectif de l'étude

La CMRA occupe une place prépondérante dans le système de santé, en tant qu'instance de médiation et de résolution des litiges entre les patients et l'Assurance Maladie. En tant qu'entité indépendante et neutre, la CMRA joue un rôle crucial dans la recherche de solutions équitables et rapides aux différends médicaux, contribuant ainsi à la protection des droits des patients et à l'amélioration de la qualité des soins de santé. Cette commission représente une alternative judiciaire essentielle, offrant aux parties impliquées un cadre confidentiel et bienveillant pour examiner les préoccupations médicales, évaluer les responsabilités et proposer des mesures de réparation appropriées.

¹⁶ Code du travail, Partie Réglementaire, Première partie, Livre II, Titre II, Chapitre VI, Section 1, Article D1226-1

¹⁷ Code du travail, Partie Réglementaire, Première partie, Livre II, Titre II, Chapitre VI, Section 1, Article D1226-2

Cette thèse se propose donc d'explorer le fonctionnement, les enjeux et les implications de la CMRA, afin de mieux comprendre son rôle dans le paysage médical contemporain et d'identifier les différents éléments qui influencent les décisions des experts médicaux et les révisions de dossiers dans le contexte des recours employeur. Pour ce faire, une analyse descriptive approfondie des dossiers et des données pertinentes sera entreprise, cette étude espère fournir des éléments pour améliorer le processus de prise de décision au sein de la CMRA et pour éclairer les politiques et les pratiques liées aux enjeux financiers entourant cette activité.

La CMRA représente une avancée significative dans le domaine de la résolution des litiges médicaux en France. En réponse à la nécessité de fournir un mécanisme de recours équitable et transparent pour les assurés sociaux confrontés à des décisions médicales contestées, la CMRA a été mise en place récemment en tant qu'instance indépendante chargée de réexaminer les dossiers médicaux litigieux. Cette activité novatrice vise à résoudre les différends et à offrir aux assurés sociaux une voie de recours supplémentaire pour réévaluer leur situation médicale et leurs droits en matière de prestations sociales.

L'établissement de la CMRA a été motivé par la nécessité d'assurer une meilleure protection des droits des individus confrontés à des décisions médicales contestées, en particulier dans le domaine de la reconnaissance de l'incapacité de travail et de l'attribution de prestations sociales.

L'objectif de ce travail de thèse est d'examiner en détail cette activité nouvelle et de contribuer à une meilleure compréhension de son fonctionnement, de ses enjeux et de ses implications pour les assurés sociaux, les employeurs et les organismes de protection sociale.

Dans ce contexte, une analyse approfondie des processus, des critères d'évaluation et des décisions de la CMRA sera menée, mettant l'accent sur les différents facteurs pouvant influencer les résultats des recours et les implications financières qui en découlent. Il est essentiel de comprendre l'impact de cette nouvelle activité sur l'équité et l'efficacité des décisions médicales, ainsi que sur les enjeux financiers pour les différentes parties prenantes.

2 - Matériels et méthodes

2.1 - Recueil des données

Les dossiers de recours transmis à deux experts siégeant à la CMRA de la région Occitanie ainsi que les rapports des conclusions de ces experts quant à ces dossiers sur les années 2019 à 2021 ont été analysés.

2.2 - Critères d'inclusion et de non-inclusion

Parmi les dossiers transmis, étaient inclus dans l'étude les recours employeur. Les recours assurés n'étaient pas inclus dans l'étude.

2.3 - Critères d'exclusion

Les dossiers préalablement retenus étaient exclus de l'étude en cas de manque de données concernant la conclusion des experts ainsi qu'en cas de désistement de l'employeur avant la fin de la procédure de recours.

2.4 - Données recueillies

Les données recueillies dans les dossiers étudiés pour cette étude sont les suivantes :

- Répartition AT/MP
- Répartition géographique
- Région anatomique concernée par la pathologie
- Age des salariés
- Caractéristique des postes de travail
- Taux d'IP initialement fixé par la caisse
- Expertise mandatée par l'employeur et ses conclusions
- Taux d'IP révisé par la CMRA
- Facteurs pouvant influencer la révision d'un dossier d'IP
 - Présence d'un état antérieur sur la région anatomique concernée
 - Notion de traumatisme lors de la déclaration d'accident (choc, mouvement en force, explosion...)
 - Prise en charge de soin active lors de l'évaluation par la CMRA
 - Notion d'évènement intercurrent au cours de la prise en charge
 - Continuité des arrêts de travail jusqu'à la consolidation
- Décision de la CMRA pour les dossiers d'imputabilité
- Eléments motivants la décision de révision d'un dossier d'imputabilité
 - Présence d'un état antérieur
 - Incompatibilité entre le mécanisme lésionnel, la lésion initiale, l'évolution physiopathologique et la durée des arrêts
 - Notion d'un traumatisme initial
 - Présence d'un évènement intercurrent au cours de l'arrêt
 - Présence d'une nouvelle lésion rejetée au titre de l'AT/MP
 - Manque de documents médicaux permettant de justifier de la durée des arrêts

2.5 - Analyse statistique

Les bases de données et les statistiques étaient réalisées à l'aide du logiciel Excel version 2017 (Microsoft Corporation, USA). Les graphiques étaient réalisés à l'aide du logiciel GraphPad Prism version 9 (GraphPad Software Inc., USA).

Les variables qualitatives étaient exprimées en pourcentage et comparées à l'aide du test du χ^2 . Le seuil de significativité (ou risque de première espèce) était fixé à 5 % en bilatéral.

3 – Résultats

3.1 – Dossiers recueillis

Mille-quatre-cent-quarante-six ont été récupérés auprès des deux experts sus-cités :

- 93 dossiers concernant une imputabilité,
- 444 dossiers concernant une invalidité,
- 56 dossiers concernant l'obtention de la retraite au titre de l'inaptitude au travail,
- 853 dossiers concernant le taux d'IP.

Parmi ces dossiers, 1183 concernaient des recours assuré et 263 concernaient des recours employeur. Parmi les recours employeur, 170 (64,6 %) concernaient le taux d'IP et 93 (35,4 %) concernaient l'imputabilité.

Parmi les 263 dossiers de recours employeur analysés, 52 ont été exclus par manque de données concernant la conclusion et 1 seul a été exclu à la suite du désistement de l'employeur.

L'analyse finale a donc été réalisée sur 210 dossiers de recours employeur parmi lesquels on comptait 117 dossiers concernant un taux d'IP et 93 dossiers concernant l'imputabilité.

Le diagramme de flux de l'étude est présenté en Figure 1.

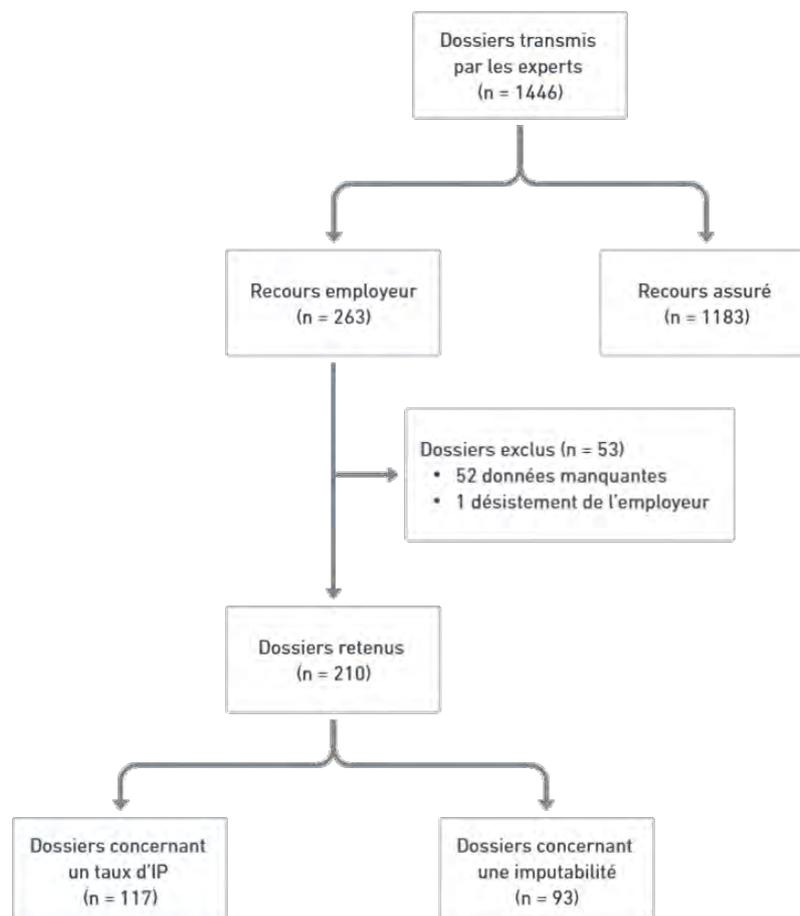


Figure 1 : diagramme de flux de l'étude.
IP : incapacité permanente.

3.2 - Recours employeur concernant un taux d'IP

3.2.1 - Caractéristiques initiales des dossiers

Répartition AT/MP

Soixante-treize (62,4 %) dossiers ont été traités au titre d'un AT et 44 (37,6 %) au titre d'une MP.

Répartition géographique

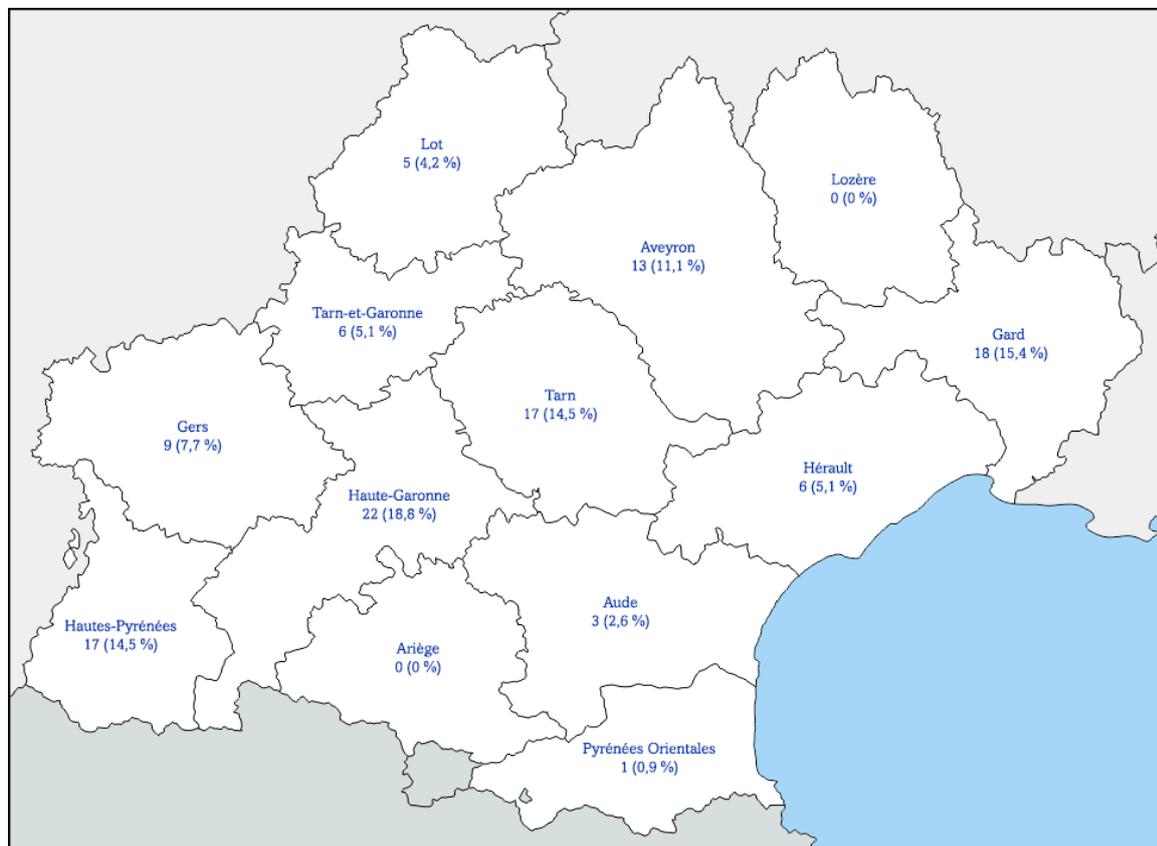
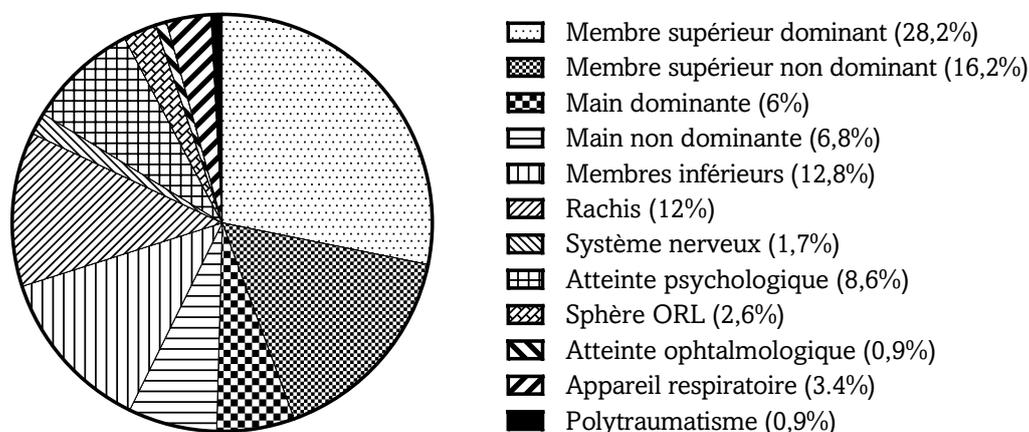


Figure 2 : répartition géographique des dossiers de recours employeur.

La répartition géographique des dossiers se retrouve dans la Figure 2.

Région anatomique concernée

La répartition des dossiers selon la région anatomique est présentée en Figure 3.



Total=117

Figure 3 : répartition des dossiers selon la région anatomique.

La répartition des âges pour l'ensemble des dossiers est présentée en Figure 4.

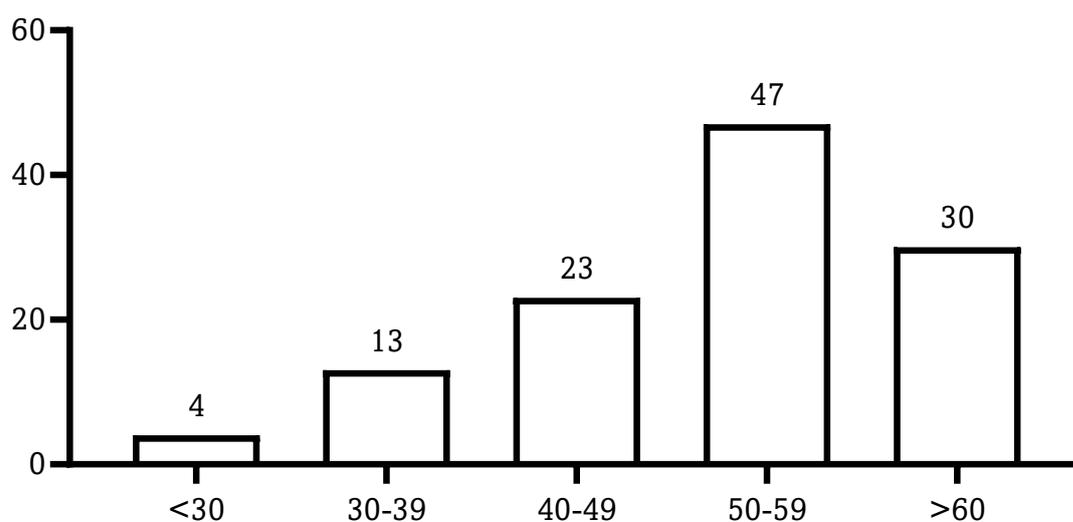


Figure 4 : répartition des âges pour l'ensemble des dossiers.

Caractéristiques des postes de travail

Les différentes caractéristiques des postes de travail des dossiers étudiés sont présentées dans le Tableau V.

Facteurs retrouvés sur le poste	Nombre de dossiers concernés <i>n (%)</i>
- Gestes répétitifs	72 (61,5%)
- Port de charges	83 (70,9%)
- Vibrations transmises au système main-bras	26 (22,2%)
- Travail en hauteur	29 (24,8%)
- Exposition au bruit	53 (45,3%)
- Exposition au CMR	27 (23,1%)
- Exposition aux rayonnements ionisants	2 (1,7%)
- Contraintes physiques :	
• Nulles	15 (12,8%)
• Faibles	37 (31,6%)
• Moyennes	45 (38,5%)
• Fortes	20 (17,1%)
- Contraintes posturales :	
• Nulles	13 (11,1%)
• Position assise prolongée	17 (14,5%)
• Travail debout	40 (34,2%)
• Bras au-dessus du plan des épaules	2 (1,7%)
• Toutes positions (accroupie, à genoux, etc.)	45 (38,5%)
- Incidence professionnelle de l'AT ou MP :	
• Inaptitude probable ou prononcée	50 (42,7%)
• Maintien en emploi possible	60 (51,3%)
• Démission / Rupture conventionnelle	2 (1,7%)
• Retraite	5 (4,3%)

Tableau V : caractéristiques des postes de travail pour l'ensemble des dossiers étudiés.

La répartition des taux d'IP initialement fixé par la caisse est présentée en Figure 5.

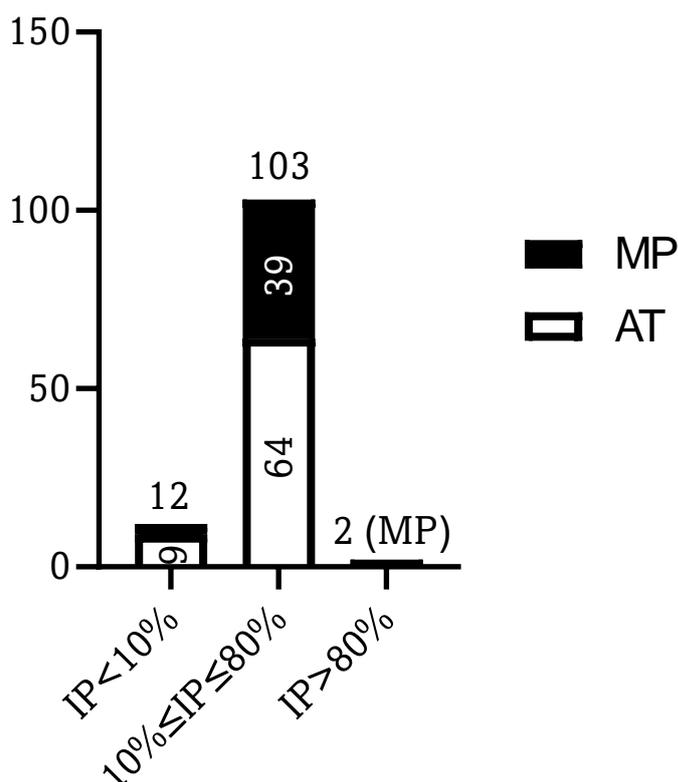


Figure 5 : répartition des taux d'IP initialement fixé par la caisse.

AT : dossiers traités au titre d'un accident du travail.

MP : dossiers traités au titre d'une maladie professionnelle.

Expertise mandatée par l'employeur

Parmi les dossiers analysés, une expertise mandatée par l'employeur était présente dans 65 cas (55,5 %). Le détail des expertises est disponible dans le Tableau VI.

Conclusions de l'expertise	Nombre de dossiers concernés n (%)
- Non communiquée / non retrouvée	52 (44,4%)
- Ne se prononce pas sur le taux :	
• Non imputable	3 (2,6%)
• Impossibilité d'établir une relation avec la MP	2 (1,7%)
• Impossible d'identifier une symptomatologie séquellaire	3 (2,6%)
• En partie imputable	1 (0,9%)
- Propose un taux :	
• Inférieur à 10%	53 (45,3%)
• Supérieur ou égal à 10%	3 (2,6%)

Tableau VI : détail des conclusions des expertises mandatées par les employeurs.

Lorsqu'un taux d'IP était proposé par l'expert mandaté par l'employeur, ce taux était comparé au taux initialement fixé par la Caisse d'Assurance Maladie. La répartition de ces écarts est présentée en Figure 6.

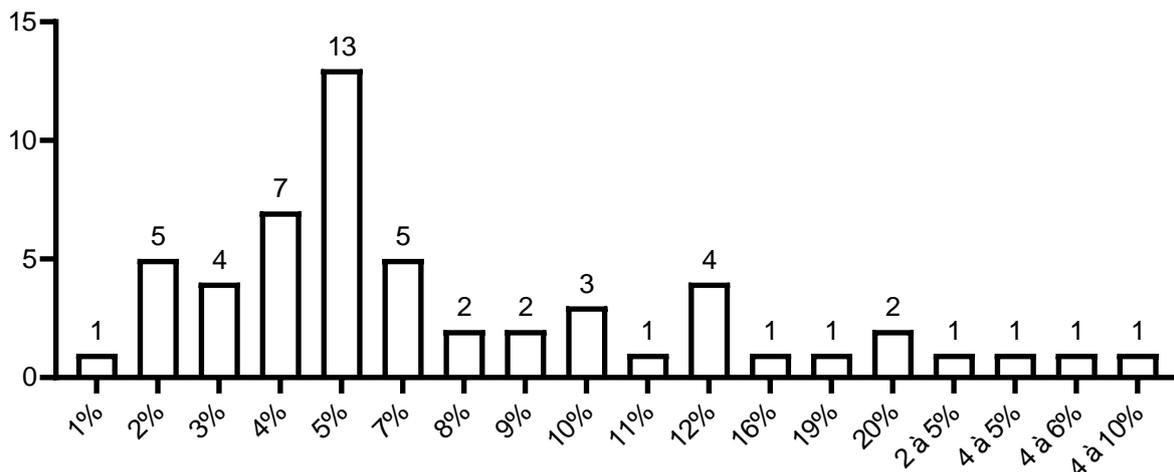


Figure 6 : répartition des écarts entre le taux proposé par l'expert mandaté par l'employeur et le taux contesté.

3.2.2 - Caractéristiques des dossiers révisés par la CMRA

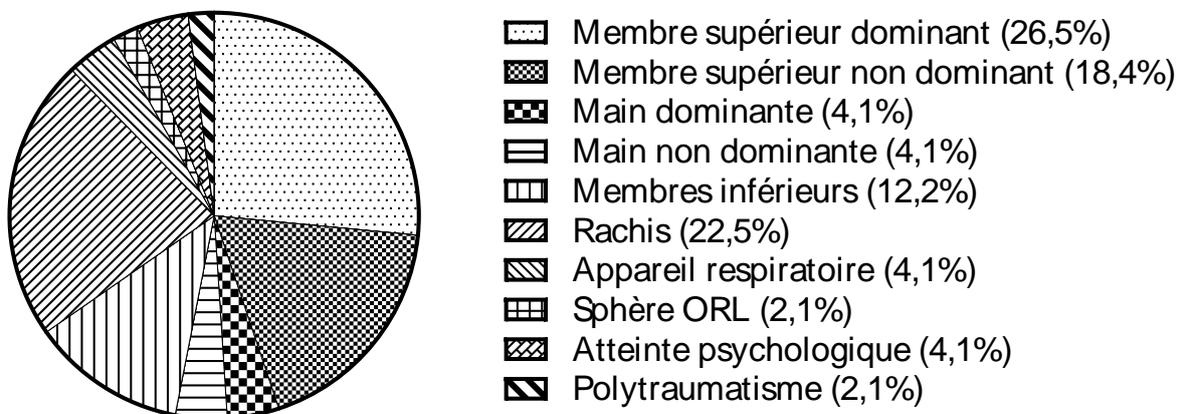
Quarante-neuf (41,9 %) des dossiers analysés ont donné lieu à une révision du taux d'IP par la CMRA.

Répartition AT/MP

Trente-cinq (71,4 %) dossiers ont été traités au titre d'un AT et 14 (28,6 %) au titre d'une MP.

Région anatomique concernée

La répartition des dossiers révisés en CMRA selon la région anatomique est présentée en Figure 8.



Total=49

Figure 7 : répartition des dossiers révisés en CMRA selon la région anatomique.

Age des salariés

La répartition des âges pour les dossiers révisés en CMRA est présentée en Figure 9.

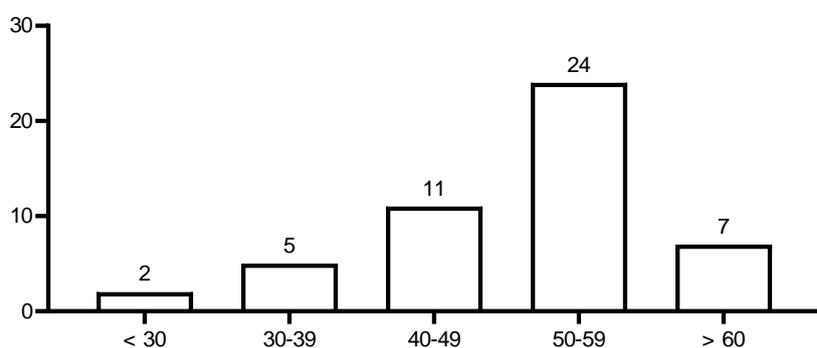


Figure 8 : répartition des âges pour les dossiers révisés en CMRA.

Diminution du taux d'IP

La diminution du taux d'IP dans les dossiers révisés par la CMRA est présentée en Figure 10.

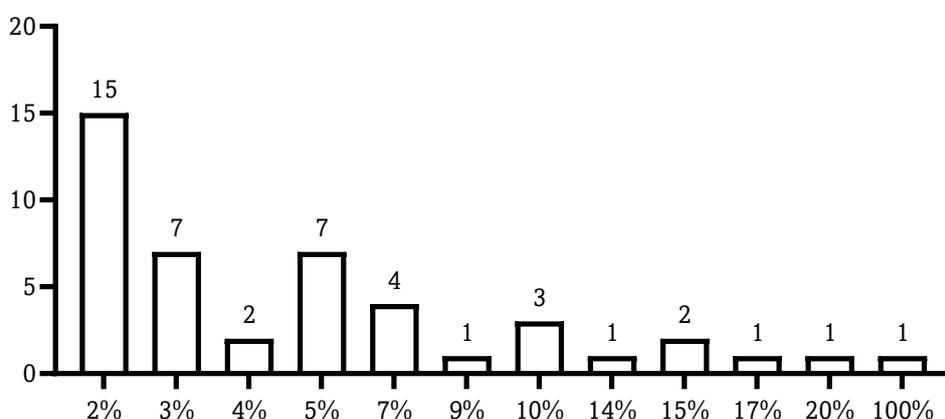


Figure 9 : répartition de la diminution du taux d'IP pour les dossiers révisés en CMRA.

Expertise mandatée par l'employeur

Lorsqu'un taux d'IP proposé par l'expert mandaté par l'employeur était retrouvé dans un dossier réévalué en CMRA, ce taux était comparé au taux fixé par la CMRA. La répartition de ces écarts est présentée en Figure 11.

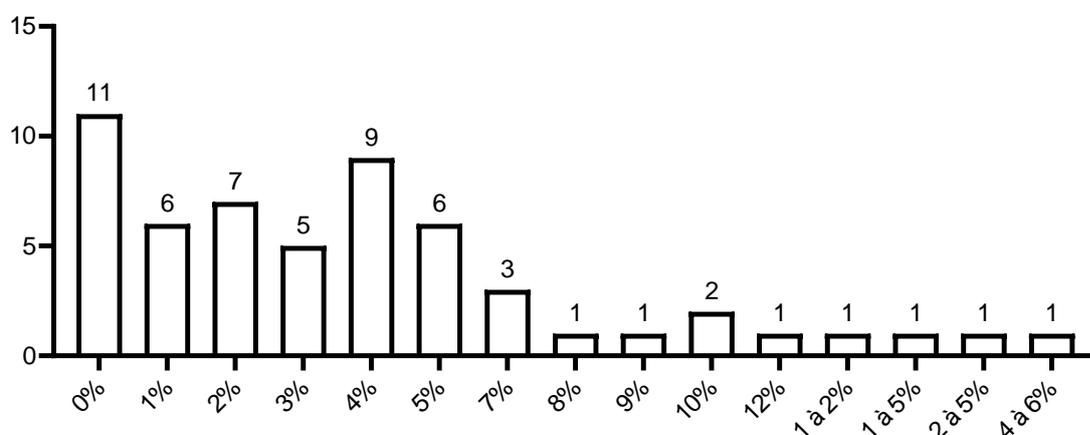


Figure 10 : répartition des écarts entre le taux proposé par l'expert mandaté par l'employeur et le taux fixé en CMRA.

Douze (21,4%) des 56 dossiers où un taux avait été proposé par l'expert mandaté par l'employeur sont retrouvés en accord avec le taux fixé par la CMRA. 11 dossiers où l'écart est de 0% et 1 dossier où la fourchette des taux proposés incluait le taux fixé en CMRA.

3.2.3 – Facteurs influençant la révision des dossiers

Caractéristiques des postes de travail

Les différentes caractéristiques des postes de travail des dossiers révisés par la CMRA sont comparées aux dossiers non révisés à l'aide d'un test du χ^2 . Le détail de la répartition ainsi que la Valeur-p sont présentées dans le Tableau VII.

Facteurs retrouvés sur le poste	Dossiers révisés par la CMRA (49 dossiers) <i>n (%)</i>	Dossiers non révisés par la CMRA (68 dossiers) <i>n (%)</i>	Valeur-p
- Gestes répétitifs	34 (69,4%)	38 (55,9%)	0,138
- Port de charges	34 (69,4%)	49 (72,1%)	0,754
- Vibrations transmises au système main-bras	10 (20,4%)	16 (23,5%)	0,689
- Travail en hauteur	8 (16,3%)	21 (30,9%)	<i>0,072</i>
- Exposition au bruit	21 (42,9%)	32 (47,1%)	0,652
- Exposition au CMR	11 (22,4%)	16 (23,5%)	0,891
- Exposition aux rayonnements ionisants	1 (2%)	1 (1,5%)	0,814
- Contraintes physiques :			
• Nulles	6 (12,2%)	9 (13,2%)	0,874
• Faibles	15 (30,6%)	22 (32,4%)	0,842
• Moyennes	19 (38,8%)	26 (38,2%)	0,953
• Fortes	9 (18,4%)	11 (16,2%)	0,756
- Contraintes posturales :			
• Nulles	5 (10,2%)	8 (11,8%)	0,791
• Position assise prolongée	4 (8,2%)	13 (19,1%)	0,097
• Travail debout	18 (36,7%)	22 (32,3%)	0,622
• Bras au-dessus du plan des épaules	2 (4,1%)	0 (0%)	0,093
• Toutes positions (accroupie, à genoux, etc.)	20 (40,8%)	25 (36,8%)	0,657
- Incidence professionnelle de l'AT ou MP :			
• Inaptitude probable ou prononcée	18 (36,7%)	32 (47,1%)	0,265
• Maintien en emploi possible	28 (57,1%)	32 (47,1%)	0,282
• Démission / Rupture conventionnelle	1 (2%)	1 (1,4%)	0,814
• Retraite	2 (4,1%)	3 (4,4%)	0,931

Tableau VII : détail des caractéristiques des postes de travail dans les dossiers révisés et non révisés.

Les valeurs-p en gras sont statistiquement significative et les valeurs-p en italique indiquent une tendance à la significativité

Les différents facteurs pouvant influencer la révision d'un dossier par la CMRA sont comparées aux dossiers non révisés à l'aide d'un test du χ^2 . Le détail de la répartition ainsi que la Valeur-p sont présentées dans le Tableau VIII.

Facteurs étudiés	Dossiers révisés par la CMRA (49 dossiers) <i>n (%)</i>	Dossiers non révisés par la CMRA (68 dossiers) <i>n (%)</i>	Valeur-p
Présence d'un état antérieur sur la région anatomique concernée	15 (30,6%)	10 (14,7%)	0,038
Notion de traumatisme lors de la déclaration d'accident (choc, mouvement en force, explosion...)	32 (65,3%)	37 (54,4%)	0,237
Prise en charge de soin active lors de l'évaluation par la CMRA	14 (28,6%)	21 (30,9%)	0,788
Notion d'évènement intercurrent au cours de la prise en charge	11 (22,4%)	17 (25%)	0,750
Continuité des arrêts de travail jusqu'à la consolidation	38 (77,6%)	51 (75%)	0,750

Tableau VIII : détail des facteurs pouvant influencer la révision en CMRA dans les dossiers révisés et non révisés. Les valeurs-p en gras sont statistiquement significative et les valeurs-p en italique indiquent une tendance à la significativité

3.3 - Recours employeur concernant l'imputabilité

3.3.1 - Caractéristiques initiales des dossiers

Répartition AT/MP

Soixante-dix-neuf (84,9 %) dossiers ont été traités au titre d'un AT et 14 (15,1 %) au titre d'une MP.

Répartition géographique

La répartition géographique des dossiers se retrouve dans la Figure 11.

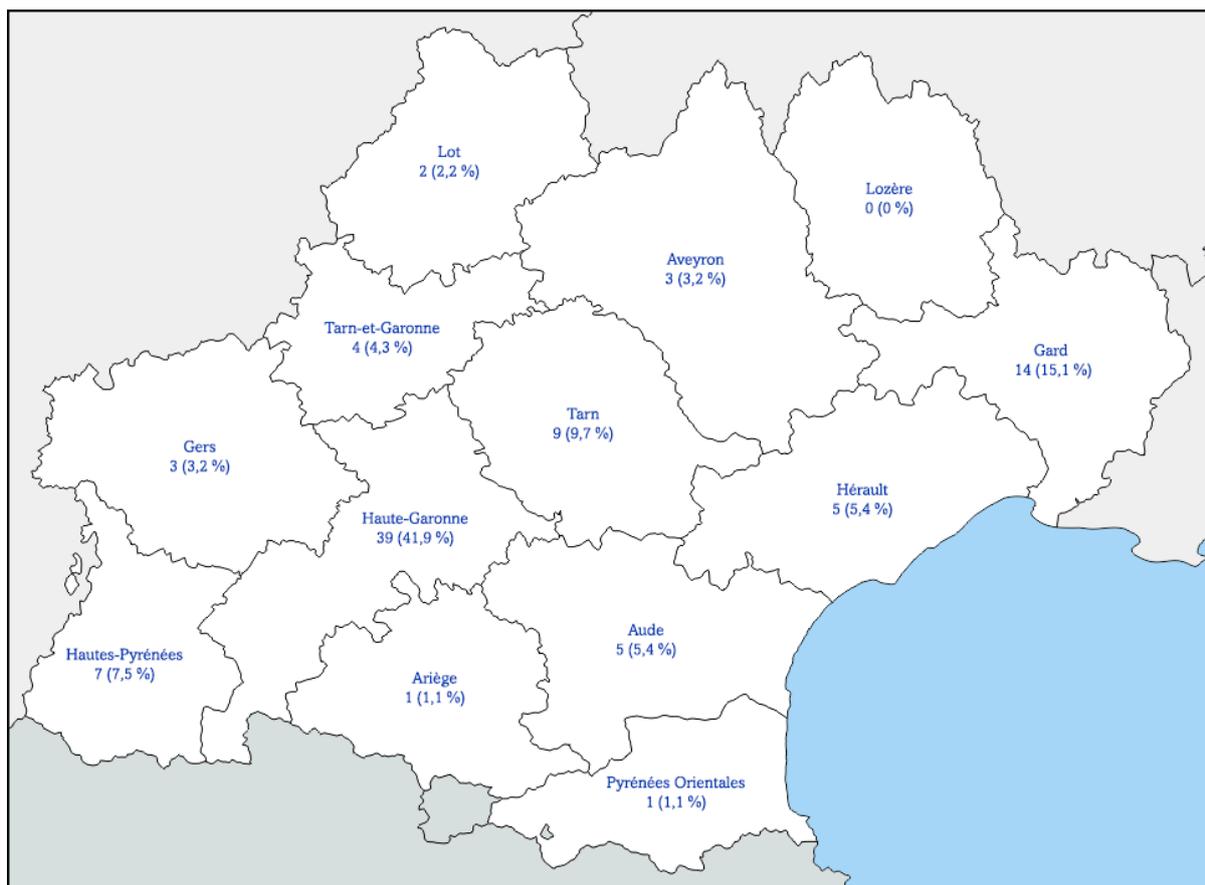


Figure 11 : répartition géographique des dossiers d'imputabilité.

3.3.2 - Caractéristiques des dossiers révisés par la CMRA

La CMRA a infirmé la décision du médecin-conseil dans 41 (44,1%) dossiers.

Répartition AT/MP

Trente-neuf (95,1 %) dossiers ont été traités au titre d'un AT et 2 (4,9 %) au titre d'une MP.

Décision de la CMRA

Le détail des décisions de la CMRA est présenté dans le Tableau IX.

Décision de la CMRA	Nombre de dossiers concernés n (%)
Réduction de la durée des arrêts de travail imputables	36 (87,8%)
Lésion initiale reconnue comme non imputable	5 (12,2%)

Tableau IX : détail des décisions de la CMRA pour les dossiers révisés portant sur l'imputabilité.

Le détail des éléments motivants la décision de révision est présenté dans le Tableau X.

Eléments motivants la décision de révision	Nombre de dossiers concernés n (%)
Présence d'un état antérieur	19 (46,3%)
Incompatibilité entre le mécanisme lésionnel, la lésion initiale, l'évolution physiopathologique et la durée des arrêts	20 (48,8%)
Notion d'un traumatisme initial	33 (80,5%)
Présence d'un évènement intercurrent au cours de l'arrêt	4 (9,8%)
Présence d'une nouvelle lésion rejetée au titre de l'AT/MP	12 (29,3%)
Manque de documents médicaux permettant de justifier de la durée des arrêts	9 (22%)

Tableau X : détail des éléments motivants la décision de révision pour les dossiers portant sur l'imputabilité.

Expertise mandatée par l'employeur

La présence d'observations faites par le médecin mandaté par l'employeur est retrouvée dans 24 (58,5%) dossiers, on remarque que la CMRA se retrouve en accord avec les conclusions données par celui-ci dans 15 (62,5%) dossiers.

4 – Discussion

4.1 – Commentaires des résultats

4.1.1 – Recours concernant un taux d'IP

Répartition AT/MP

On constate que sur les 210 dossiers étudiés 152 sont traités au titre d'un AT et 58 au titre d'une MP. Les MP sont donc bien moins représentées, on peut supposer que les MP sont encore plus impactées que les AT par la sous déclaration des pathologies professionnelles

En France, l'estimation de la sous-déclaration des accidents du travail et maladies professionnelles, fait l'objet d'un transfert financier de la branche risques professionnels vers la branche maladie (de l'ordre d'1 Md€ par an entre 2015 et 2021). [1]

La loi de financement de la Sécurité Sociale (LFSS) pour l'année 2023 a ajusté à la hausse les transferts alloués à la branche maladie pour donner suite à l'augmentation anticipée prévue dans la LFSS 2022. Le montant du transfert est donc passé de 1,0 Md€ en 2021 à 1,1 Md€ en 2022, puis à 1,2 Md€ en 2023. Cette augmentation fait suite à la révision des estimations par la commission chargée d'évaluer le coût réel des sous-déclarations, qui a établi une fourchette comprise entre 1,2 Md€ et 2,1 Md€. [2]

De multiples éléments contribuent à expliquer le phénomène de sous-déclaration des AT-MP. Il arrive que les professionnels de la santé ne considèrent pas systématiquement l'aspect professionnel des pathologies, surtout lorsqu'elles résultent de plusieurs facteurs ou présentent une latence prolongée. Par ailleurs, la réduction du nombre de médecins du travail peut en partie expliquer les lacunes en matière de prévention et de dépistage des maladies professionnelles.

Du côté des travailleurs, il est possible qu'ils ne réalisent pas les démarches nécessaires pour obtenir la reconnaissance de leur pathologie, soit par manque d'information sur le caractère professionnel de leur maladie, soit par méconnaissance des possibilités de compensation financière ou de réparation qui y sont liées. La complexité de la procédure et la crainte que celle-ci n'aboutisse pas peuvent également dissuader les salariés de se lancer dans ces formalités.

En ce qui concerne les entreprises, il peut y avoir des cas de sous-déclaration où les employés sont encouragés à ne pas signaler l'accident. Cela peut s'expliquer en partie par la perception négative associée à la reconnaissance des AT-MP, ainsi que par les coûts engendrés par ces sinistres, qui sont imputés aux entreprises via leur taux de cotisation. [3] [4] [5]

Pour lutter contre la sous-déclaration, la Commission des Comptes de la Sécurité sociale a émis des recommandations à l'attention des acteurs de la santé au travail, des employeurs, des victimes et des caisses de sécurité sociale. Elle préconise notamment un renforcement de l'information à destination des professionnels de santé et du grand public concernant les AT-MP. De plus, elle recommande une sensibilisation accrue quant aux avantages que représente la reconnaissance d'une pathologie en tant que maladie professionnelle pour les salariés, ainsi qu'une mise à jour des tableaux de MP. Cette mise à jour viserait à permettre une meilleure reconnaissance des pathologies plurifactorielles. [6]

Age des salariés

La tranche d'âge la plus représentée est celle des 50-59 ans, on observe aussi un nombre croissant de dossier en fonction de l'âge et une diminution du nombre de dossiers après 59 ans.

Il est établi que la fréquence des accidents du travail diminue considérablement avec l'âge. En 2019, les salariés de moins de 20 ans ont été victimes de 40,1 accidents du travail pour un million d'heures rémunérées, tandis que ce chiffre était de 18,7 pour les salariés âgés de 50 à 59 ans. Cependant, en cas d'accident du travail, la durée des arrêts tend à augmenter avec l'âge. Par conséquent, bien que les accidents soient moins fréquents, le nombre de jours d'absence annuels est plus élevé chez les travailleurs seniors. De plus, la fréquence des accidents mortels augmente également avec l'âge, les salariés âgés de 60 ans ou plus présentant le risque le plus élevé. [7]

Le nombre d'accidents du travail diminue en fonction de l'âge des salariés. En France, 25% des accidents du travail touchent les salariés de plus de 50 ans, alors qu'ils représentent 29% de la population salariée. En revanche, 27% des accidents touchent les travailleurs de moins de 30 ans, qui constituent environ 15% de la population salariée. Cependant, ces données mettent en évidence une augmentation de la gravité des accidents avec l'âge : 41% des incapacités permanentes concernent les salariés de plus de 50 ans, tandis que seulement 11% touchent les moins de 30 ans. De manière similaire, 58% des décès sont observés chez les salariés de plus de 50 ans, par rapport à seulement 8% chez les moins de 30 ans. [8]

Il est donc logique que la tranche d'âge la plus concernée par la révision d'un taux d'IP en CMRA soit celle des 50-59 ans. On peut aussi expliquer la diminution des dossiers après 59 ans du fait du que les plus de 60 ans subissent moins d'accidents et moins d'accidents graves avec IP. On peut également supposer qu'une partie des salariés ayant un taux d'IP aurait pu bénéficier d'un départ à la retraite anticipée. On note aussi que le taux d'emploi diminue fortement après 59 ans, avec 68% de personnes actives à 59 ans contre 52% à 60 ans. [9] [10]

On constate que la majeure partie des dossiers concerne des troubles musculosquelettiques (TMS) avec 97 dossiers associés à des TMS séquellaires (83%), 10 dossiers concernant une atteinte psychologique (8,5%) et 10 dossiers relatif à l'atteinte d'autres organes (8,5%). Ces données sont en accord avec les données nationales édités par l'Assurance Maladie, en 2021 les TMS représentaient 84% des MP reconnues et 81% des MP avec IP. [11]

Parmi les TMS, les affections les plus courantes affectent principalement le poignet (représentant 41 % des TMS reconnus en 2012), en grande partie en raison du nombre élevé de pathologies liées au canal carpien (34%). Ensuite, viennent l'épaule (29%) et le coude (20%). Les TMS liés au rachis (8%) et aux membres inférieurs (2%) sont moins fréquents. En moyenne, 50% des TMS reconnus laissent des séquelles permanentes. Les TMS graves sont plus répandus parmi ceux localisés à l'épaule (80% entraînent une incapacité) et au rachis (70%). De plus, le taux moyen d'incapacité des TMS graves de l'épaule (10,5) ou du rachis (10,9) est supérieur à celui des autres pathologies (en moyenne 5,5). [12]

Les TMS sont plus fréquemment signalés après l'âge de 40 ans : en 2012, 81 % des TMS reconnus concernaient des salariés de plus de 40 ans. La fréquence des TMS augmente de manière continue avec l'âge. De même, la proportion de TMS graves augmente avec l'âge. En effet, 22% des TMS chez les salariés de 20 à 29 ans et 60% des TMS chez les salariés de 50 à 59 ans entraînent l'attribution d'un taux d'incapacité. La gravité moyenne, mesurée par le taux moyen d'IP, augmente également avec l'âge. Ainsi, l'indice de gravité est bien plus élevé pour les personnes âgées (18,1 pour les 50 à 59 ans) que pour les jeunes (0,4 pour les 20 à 29 ans). [13]

En ce qui concerne les pathologies psychiques, leur prévalence est en constante augmentation. Environ 750 cas ont été reconnus en MP en 2019, ce chiffre est passé à 850 en 2020, puis à 1300 en 2021. Par ailleurs, la branche AT-MP prend en charge chaque année environ 20 000 affections psychiques, sous couvert d'accidents du travail, lorsqu'elles font suite à un événement particulier survenu dans le cadre du travail, tel qu'une agression, une altercation, ou le fait d'être témoin d'un accident. [14]

Les affections psychiques ne sont pas répertoriées dans les tableaux des maladies professionnelles, et la reconnaissance complexe du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale a certainement un impact sur la présence de ces dossiers en CMRA. Au cours des cinq dernières années, la part des maladies psychiques dont l'origine professionnelle a été reconnue avoisine 50% des demandes examinées par les Comités Régionaux de Reconnaissance des Maladies Professionnelles (CRRMP). [15]

La reconnaissance de l'origine professionnelle des nombreuses atteintes à la santé mentale représente un enjeu collectif majeur. Cela permettrait d'accroître la visibilité sociale de cette question de santé publique et de mesurer son coût économique et humain, favorisant ainsi des avancées dans la prise en compte de ce problème. Ces avancées se traduiraient par une plus grande implication des entreprises, étant donné l'impact financier sur leurs cotisations AT/MP. De même, la société dans son ensemble, avec un rôle important des partenaires sociaux, pourrait ainsi stimuler la mise en place de politiques de santé au travail et exiger des entreprises la mise en œuvre de dispositifs de prévention efficaces des risques, à l'image des programmes de prévention tels que TMS Pros mis en place pour les TMS. [16] [17]

Taux d'IP initialement fixé par la caisse

Dans notre échantillon le taux d'IP initialement fixé par la caisse est majoritairement compris entre 10% et 80% avec 88% des dossiers transmis à la CMRA, 10,3% des dossiers avaient un taux d'IP inférieur à 10% et 1,7% des dossiers avaient un taux d'IP supérieur à 80%. On peut expliquer cette distribution par le fait que les recours employeurs auprès de la CMRA peuvent diminuer le taux d'IP initialement fixé, et un taux d'IP supérieur à 10% entraînant le versement d'une rente trimestrielle, les employeurs cherchant à diminuer leurs coûts contestent plus facilement un taux supérieur à 10%.

Au niveau national, le Rapport d'évaluation des politiques de Sécurité sociale - AT-MP de 2023 retrouve des taux d'IP moyen de 11% pour les AT, et de 14% pour les MP. [18]

Selon ce rapport, il est noté que 67% des taux d'IP attribués à la suite d'un AT et 60% des taux attribués dans le cadre d'une MP sont inférieurs à 10%. En ce qui concerne les taux supérieurs à 10%, 22% des taux attribués aux AT se situent entre 10 et 19%, tandis que cette proportion est de 26% pour les taux attribués aux MP. Enfin, les taux d'incapacité supérieurs à 20% représentent respectivement 11% pour les AT et 14% pour les MP. [19]

En examinant l'ensemble des AT-MP pour l'année 2021, on constate que la proportion d'AT conduisant à une IP est de 5,9%. Pour les MP, cette proportion est nettement plus élevée, atteignant 53%. Cela s'explique par le fait que les tableaux de MP ciblent principalement des affections graves susceptibles d'entraîner des séquelles. Cette différence de gravité a des répercussions sur la répartition des coûts supportés par la branche AT-MP en fonction de la catégorie de sinistres. Les AT représentent 82% des sinistres, mais ils sont responsables de 57% des coûts supportés par la branche. En revanche, les MP ne représentent que 6% des sinistres, mais elles génèrent 33% des coûts supportés par la branche. [20]

En 2022, le montant des versements des rentes IP s'élevait à 5,4 Md€, tandis que les versements en capital ne représentaient que 0,1 Md€. La réforme de la tarification des accidents du travail, a accordé une plus grande importance à l'individualisation des cotisations. Ainsi, les établissements comptant entre 20 et 149 salariés, où la sinistralité est en moyenne plus élevée, ont vu s'accroître le poids de leur propre sinistralité dans le calcul de leurs cotisations. La prise en compte de l'historique individuel de la sinistralité de chaque entreprise et des investissements qu'elle réalise dans l'amélioration de la sécurité des travailleurs constitue un encouragement à la réduction des risques professionnels. Cela apporte également à la branche AT-MP les ressources nécessaires à son équilibre financier. [21]

Expertise mandatée par l'employeur

Le premier constat que l'on fait concernant l'expertise mandatée par l'employeur est que dans 52,1% des cas celle-ci est absente des dossiers transmis à l'expert de la CMRA ou ne réponds pas à la question sur le taux d'IP.

Ensuite lorsqu'un taux est proposé, celui-ci est majoritairement en faveur du mandataire de l'expertise avec 94,6% des taux proposés en dessous des 10% d'IP nécessaires aux versements de la rente trimestrielle.

L'écart moyen avec le taux contesté est de 6,5%, et celui avec le taux fixé en CMRA est de 3,3%.

Taux d'IP fixé en CMRA

On remarque que sur les 49 dossiers révisés on retrouve 34 dossiers où la révision entraîne le passage du taux sous les 10 % requis pour obtenir une rente viagère soit 69,4% des dossiers révisés et 29,1% des dossiers de notre échantillon total.

L'écart moyen avec le taux initialement fixé et de 7,6%, on retrouve également un mode à 2% soit 30,6% des dossiers révisés dans cette catégorie.

Si on exclut le dossier qui a essentiellement été reconnu comme non imputable avec un passage de 100% d'IP à 0% d'IP, l'écart moyen avec le taux initialement fixé par la Caisse est de 5,5%.

Caractéristiques des postes de travail

Notre étude n'a pas permis d'identifier de facteurs statistiquement significatifs parmi les caractéristiques des postes de travail, et un seul résultat peut être interprété comme ayant une tendance à la significativité, il s'agit du travail en hauteur.

En ce qui concerne l'origine des AT en 2021, 50% des AT ont lieu à la suite de manutention manuelle, 30% sont dus à des chutes de plain-pied ou de hauteur, et 9% à l'utilisation d'outillage à main. Ces proportions demeurent stables depuis plusieurs années. [22]

Parmi les secteurs d'activité où les accidents du travail sont les plus fréquents, on retrouve en tête la construction avec 50 accidents du travail avec arrêt pour 1 000 salariés au cours de l'année 2021, contre 30 pour l'ensemble des secteurs. Ensuite, viennent le secteur du commerce, des transports et de l'hébergement-restauration, avec une fréquence de 34 accidents du travail pour 1 000 salariés. Une partie des activités de services, notamment l'intérim, la santé et le nettoyage, est également concernée par une fréquence élevée d'accidents du travail. Dans cette catégorie, l'intérim et le secteur médico-social présentent les taux les plus élevés en comparaison avec les autres secteurs d'activité en France. [23]

Les causes d'accidents varient aussi en fonction de l'âge des travailleurs. Chez les personnes de plus de 40 ans, on observe une sur-représentation des accidents de plain-pied et des chutes en hauteur. En revanche, les jeunes de moins de 25 ans sont particulièrement affectés par les accidents liés aux masses en mouvement, aux machines, ainsi qu'aux outils et appareils. Il est donc crucial d'adapter les mesures de prévention et de sécurité en milieu professionnel en tenant compte de ces spécificités liées à l'âge des travailleurs. [24]

La branche AT/MP s'engageait dans la Convention d'objectif et de gestion 2018-2022 à réduire le risque de chute de plain-pied et de hauteur dans l'ensemble des entreprises et dans celles du BTP en particulier. [25]

Facteurs pouvant influencer la révision d'un dossier

Seule la présence d'un état antérieur sur la région anatomique concernée a été identifiée de façon statistiquement significative comme un facteur pouvant influencer la révision d'un dossier en CMRA.

L'état antérieur était d'ores et déjà connu comme un facteur pouvant influencer une décision d'expertise puisque celui est mentionné en Annexe I de l'article R434-32 du CSS où il est écrit que « L'estimation de l'état général n'inclut pas les infirmités antérieures - qu'elles résultent d'accident ou de maladie - ; il en sera tenu compte lors de la fixation du taux médical. ». Il est aussi précisé plus loin dans cette Annexe que les aggravations d'une infirmité antérieure peuvent être indemnifiable si celle-ci sont imputables à l'accident ou la maladie professionnelle.

Afin d'évaluer au mieux l'influence de l'état antérieur sur le calcul du taux d'IP le législateur suggère au médecin de se poser trois questions : L'accident a-t-il été sans influence sur l'état antérieur ? Les conséquences de l'accident sont-elles plus graves du fait de l'état antérieur ? L'accident a-t-il aggravé l'état antérieur ?

Il est également intéressant de noter que l'inaptitude au poste ne semble pas être un facteur influençant la révision d'un dossier même si les aptitudes et qualification professionnelles doivent rentrer en ligne de compte dans le calcul du taux selon le législateur. Un rapport de la Cour des Comptes sur la gestion du risque AT et MP impliquait l'utilisation des barèmes indicatifs d'incapacités et décrivait des barèmes adaptés à l'incapacité physiologique plutôt qu'à l'incapacité de travail. Il mettait en lumière la nécessité d'ajuster ces barèmes en tenant compte de l'impact spécifique sur la capacité à travailler. Par exemple, une même incapacité peut empêcher un travailleur manuel d'exercer son métier, tandis qu'elle peut ne pas avoir de conséquence sur un salarié occupant un poste de bureau. Il est essentiel d'adopter des barèmes qui reflètent fidèlement l'incidence réelle sur la capacité de chaque individu à poursuivre son travail dans sa sphère professionnelle. [26]

La branche AT/MP s'engageait dans la Convention d'objectif et de gestion 2018-2022 à poursuivre les travaux d'actualisation des barèmes d'invalidité AT/MP. [27]

Pour indemniser cette incapacité de travail, le médecin conseil a la possibilité d'ajouter un taux dit professionnel au taux dit médical. Dans notre étude portant sur 117 cas, un taux professionnel était initialement présent dans seulement 22 dossiers. De plus, au cours des séances de la CMRA, les médecins experts que nous avons suivis ont été conseillés de ne pas fixer ce taux professionnel et de se concentrer uniquement sur le taux médical. Ainsi, un taux professionnel n'a été ajouté que dans un seul dossier. Il faudrait pourtant garantir une évaluation rigoureuse et justifiée de l'incapacité professionnelle, mettant en avant les aspects médicaux et professionnels de manière équilibrée.

Afin d'évaluer au mieux le retentissement professionnel d'un AT ou MP il faudrait favoriser la coopération entre la Caisse d'Assurance Maladie et les services de santé au travail. L'Annexe I de l'article R434-32 du CSS mentionne pourtant que « Lorsqu'un accident du travail ou une maladie professionnelle paraît avoir des répercussions particulières sur la pratique du métier, et, à plus forte raison, lorsque l'assuré ne paraît pas en mesure de reprendre son activité professionnelle antérieure, le médecin conseil peut demander, en accord avec l'intéressé, des renseignements complémentaires au médecin du travail. ». Un rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales soulignait aussi : « si l'altération grave de la santé peut être évaluée par des barèmes médicaux, ses conséquences en termes d'employabilité nécessitent des barèmes ou des processus d'examen particuliers [...] et une expertise en matière d'emploi ». [28]

En effet, le recours presque automatique au barème indicatif d'invalidité pour évaluer les séquelles et le degré d'IP montre que cette méthode d'évaluation présente des lacunes. L'attribution d'un coefficient professionnel nécessite que le médecin-conseil fournisse des justifications à la CPAM. Contrairement au médecin du travail, le médecin-conseil ne possède pas l'expertise des exigences physiologiques liées aux métiers des victimes et peut rencontrer des difficultés à évaluer l'incidence professionnelle de manière précise. Il est donc important de repenser et d'actualiser les méthodes d'évaluation pour mieux tenir compte de l'impact réel sur la capacité à travailler en fonction de chaque profession. Cela pourrait nécessiter une approche plus individualisée et une collaboration étroite entre les professionnels de la santé et les experts métier.[29]

4.1.2 – Recours concernant une imputabilité

Décision de la CMRA

On note que dans la majeure partie des cas, la décision de l'expert de la CMRA consiste à réduire la durée des arrêts de travail imputables.

Le système de réparation forfaitaire des AT et MP est très avantageux financièrement pour les assurés : prise en charge à 100% des frais médicaux, pharmaceutiques et de transports, indemnités journalières versés sans jour de carence, et sans limitation de durée, à hauteur de 60 % du salaire sur le 1er mois, 80 % au-delà, au lieu d'une indemnisation à hauteur de 50 % du salaire en maladie. [30]

Les AT et MP sont classés en six catégories d'incapacité temporaire en fonction du nombre de jours d'arrêt de travail prescrits :

- sans arrêt de travail ou arrêt de travail de moins de 4 jours ;
- arrêts de travail de 4 jours à 15 jours ;
- arrêts de travail de 16 jours à 45 jours ;
- arrêts de travail de 46 jours à 90 jours ;
- arrêts de travail de 91 jours à 150 jours ;
- arrêts de travail de plus de 150 jours.

Un arrêté fixe chaque année pour chaque secteur d'activité le montant forfaitaire (ou coût moyen) applicable à chacune des catégories. Après chaque AT ou MP ce montant forfaitaire est imputé sur le compte employeur. Les jours d'arrêts prescrits au titre d'une rechute ne sont pas intégrés dans ceux qui déterminent le coût moyen¹⁸. Le passage à une catégorie inférieure entraînera une réduction des coûts pour l'employeur.

Pour les cinq dossiers où la lésion n'a pas été retenue comme imputable, on retrouve trois dossiers où le manque de documents n'a pas permis à l'expert de statuer sur la question, un dossier où il existait une incompatibilité entre le mécanisme lésionnel et la lésion déclarée ainsi qu'un état antérieur prédisposant ce qui a entraîné le rejet de la nouvelle lésion par l'expert, et enfin un dossier de MP qui bénéficiait de la présomption d'origine¹⁹ mais où l'analyse des conditions de travail et des facteurs de risque non professionnels ont conclu à une origine non professionnelle de la maladie.

¹⁸ Code de la Sécurité sociale, Partie Règlementaire, Livre II, Titre IV, Chapitre 2, Section 1, Sous-section 1, Article D242-6-6 et 6-7

¹⁹ Loi du 25 octobre 1919.

On retrouve de façon classique les éléments nécessaires pour parler d'imputabilité. L'établissement de l'imputabilité au sens médical repose sur ces sept critères :

1. Présence d'un traumatisme : Il doit être indiscutable et suffisant.
2. Présence de la séquelle : La séquelle doit être une conséquence directe du traumatisme.
3. Concordance de siège entre le traumatisme et la séquelle : La localisation de la séquelle doit correspondre à celle du traumatisme.
4. La continuité évolutive ou enchaînement clinique : Il doit y avoir une progression logique des symptômes ou une connexion entre le traumatisme et la séquelle.
5. La condition de temps : Il s'agit du délai entre le traumatisme et l'apparition des lésions, démontrant la relation temporelle entre les deux.
6. L'état pathologique antérieur : L'état initial de la région traumatisée est important dans la recherche d'imputabilité.
7. L'exclusion d'une cause étrangère : Il est nécessaire d'exclure toute autre cause externe pouvant expliquer la séquelle, confirmant ainsi l'origine directe du traumatisme. [31]

Ces critères sont fondamentaux dans le domaine de l'expertise médico-légale pour établir un lien entre le traumatisme subi et la séquelle constatée.

Expertise mandatée par l'employeur

Depuis un arrêt du 9 juillet 2020 ²⁰, la 2e chambre civile de la Cour de cassation a profondément modifié l'approche du recours employeur pour le contentieux de la Sécurité sociale. La Cour de cassation a établi que la présomption d'imputabilité s'applique jusqu'à la date de consolidation de l'état de santé du salarié, dès lors qu'un arrêt initial avait été prescrit. Cette position a été réaffirmée dans un arrêt publié le 12 mai 2022 ²¹, abandonnant ainsi l'obligation pour la CPAM de prouver la continuité des symptômes et des soins dès lors que des indemnités journalières ont été versées à l'assuré. En d'autres termes, la CPAM est dispensée de produire les certificats médicaux délivrés aux salariés.

Dans ce contexte, il incombe à l'employeur d'apporter la preuve que les séquelles peuvent être liées à une cause étrangère. Cependant, l'employeur et son mandataire n'ont pas accès à toutes les pièces médicales du dossier, ce qui les place dans une situation difficile pour établir un recours effectif. Par conséquent, les avis défavorables des CMRA incitent les employeurs à saisir le pôle social du tribunal judiciaire, ce qui va à l'encontre de l'objectif affiché de réduire le contentieux.

Dans un rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2021, la Cour des comptes a évalué que le montant remboursé aux employeurs à l'issue des contentieux AT/MP favorables était de 170,8 millions d'euros. Ce montant était en baisse pour l'année 2020, s'élevant à 153,2 millions d'euros. Ces évolutions soulignent les défis auxquels sont confrontés les employeurs dans le contentieux AT/MP et mettent en évidence la nécessité d'ajuster les procédures pour garantir un recours équitable et efficient. [32]

²⁰ Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 9 juillet 2020, 19-17.626

²¹ Cour de cassation, civile, Chambre civile 2, 12 mai 2022, 20-20.655

5 – Conclusion

La création des CMRA en réponse à la loi de modernisation de la justice de 2016 visait à réduire et simplifier les contentieux liés à la Sécurité sociale. En 2021, plus de 28 700 recours ont été adressés aux CMRA, ce qui représente une augmentation de 40% par rapport à leur année de création en 2019. Parmi ces recours, plus de 16 300 ont été initiés par des employeurs et 12 300 par des assurés. Bien que les CMRA contribuent partiellement à la résolution des contentieux, une quantité significative de contentieux, principalement émanant des employeurs, continue d'être traitée par les tribunaux. [32] [33]

Selon l'estimation de la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2023, au moins 60% des décisions des CMRA défavorables aux requérants font l'objet d'un recours contentieux devant les tribunaux. Les CMRA ont contribué à filtrer environ 40% des contestations de nature médicale par rapport à la situation antérieure à leur création, une grande partie de ces contestations aurait été portée directement devant le juge judiciaire si les CMRA n'existaient pas. [34]

Cependant, la Cour des comptes souligne que certaines juridictions considèrent souvent comme lacunaire la motivation des avis émis par les CMRA. La Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM) explique cette situation par l'impossibilité de mentionner dans ces avis des éléments médicaux en raison du secret médical. La Cour des comptes recommande que l'ensemble des Caisses Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) élaborent de bonnes pratiques pour les services qui préparent les décisions des CMRA, ce qui permettrait d'améliorer la qualité et la précision des avis émis par ces comités. [35]

Dans la plupart des cas, les décisions prises par les caisses sont confirmées par les tribunaux. Il est important de noter qu'en vertu du principe de l'indépendance des parties, les décisions favorables aux employeurs, qui aboutissent à l'annulation de la reconnaissance d'un sinistre, n'ont pas d'effet sur la reconnaissance bénéficiant aux salariés. Ainsi, la reconnaissance demeure acquise pour les travailleurs, même si elle est contestée par l'employeur et annulée. [32]

Les CMRA revêtent donc une grande importance en termes d'enjeux financiers, étant donné que la branche AT/MP est entièrement financée par les employeurs. Les contentieux liés à cette branche ont un impact significatif sur son équilibre financier.

Dans les comptes combinés de la branche AT-MP pour l'année 2020, le montant des provisions liées au risque de dénouement favorable des contentieux pour les employeurs était estimé à 738 M€. Cette provision représente une anticipation des montants qui pourraient être remboursés aux employeurs en cas de résolution favorable des litiges. [32]

Pour l'année 2021, le montant des provisions a augmenté, atteignant 900 M€. Cette augmentation souligne l'importance croissante des contentieux et la nécessité pour la branche AT-MP de prévoir des ressources financières adéquates pour faire face à ces litiges et aux éventuels dénouements favorables pour les employeurs. [36]

En termes d'enjeux de reconnaissance et de réparation, les instances gouvernementales s'accordent à dire qu'une modernisation des tableaux de MP et des barèmes d'incapacité permanente est essentielle et nécessaire afin de simplifier et harmoniser l'évaluation des séquelles professionnelles. Un comité d'actualisation des barèmes AT-MP, institué par décret en 2016, doit proposer une mise à jour des barèmes, avec des fourchettes de taux réduites et des indications d'usage plus explicites, ainsi qu'un coefficient professionnel applicable de manière harmonisée à des situations limitativement énumérées.

Cette révision des barèmes et des tableaux de MP devrait contribuer à réduire les contentieux en offrant des critères plus clairs et actualisés pour évaluer les séquelles professionnelles. Elle permettra également d'harmoniser les pratiques d'évaluation des incapacités et d'apporter plus de transparence dans le processus de reconnaissance et de réparation des atteintes à la santé des travailleurs. [37]

En ce qui concerne les éléments motivants la révision d'un dossier en CMRA, nous avons retrouvé que l'état antérieur semble être un facteur significatif, et représente une certaine difficulté lors de l'évaluation des séquelles par le médecin-conseil.

Finalement la CMRA trouve sa place et fait preuve d'une certaine efficacité dans le paysage médico-judiciaire contemporain et pourrait être complétée par d'autres dispositifs de recours amiable et notamment la médiation mise en place par la loi ESSOC de 2018 comme le suggère la Cour des comptes dans son rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale de 2023. Des données partielles indiquent un effet souvent favorable de la médiation pour les requérants et une fréquence réduite de recours ultérieurs devant les tribunaux. Une mesure qui pourrait remédier à la difficulté de disposer d'experts médicaux et de médecin-conseil pour la CMRA. [38] [39]

le 04/10/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY



Professeur Jean-Marc SOULAT
Coordonnateur Interrégional
DES de Médecine du Travail
SMPE - Pavillon Turiaf
CHU TOULOUSE - HOPITAL PURPAN
TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex

Références bibliographiques

1. Laboureux JP. Les Comptes de la Sécurité Sociale. Commission des comptes de la sécurité sociale; 2021 sept p. 139.
2. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - AT-MP. Direction de la sécurité sociale; 2023 mai p. 8.
3. Laboureux JP. Les Comptes de la Sécurité Sociale. Commission des comptes de la sécurité sociale; 2021 sept p. 138.
4. Daubas-Letourneux V, Thébaud-Mony A. Les angles morts de la connaissance des accidents du travail. Travail et Emploi. oct 2001;(88).
5. Barlet B, Prete G. La sous-reconnaissance des maladies professionnelles en France - Revue bibliographique des travaux de sciences sociales et de santé publique (1990-2020). 2021 juin.
6. Laboureux JP. Les Comptes de la Sécurité Sociale. Commission des comptes de la sécurité sociale; 2021 sept p. 141.
7. Quels sont les salariés les plus touchés par les accidents du travail en 2019 ? Dares Analyses. oct 2022;(53):3.
8. L'Observatoire de la santé au travail. Mutualité Française; 2023 févr p. 25. Report No.: 6ème édition.
9. Quels sont les salariés les plus touchés par les accidents du travail en 2019 ? Dares Analyses. oct 2022;(53):Tableau 5.
10. En 2021, une personne de 55 à 69 ans sur six ni en emploi ni à la retraite, une situation le plus souvent subie. Insee Première. mai 2023;(1946).
11. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - AT-MP. Direction de la sécurité sociale; 2023 mai p. 46.
12. L'exposition des salariés aux maladies professionnelles : L'importance toujours prépondérante des troubles musculo-squelettiques. Dares Résultats. déc 2016;(81):3.
13. L'exposition des salariés aux maladies professionnelles : L'importance toujours prépondérante des troubles musculo-squelettiques. Dares Résultats. déc 2016;(81):5.
14. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - AT-MP. Direction de la sécurité sociale; 2023 mai p. 38.
15. Fatome T, Thiebauld A. L'Essentiel 2021-Santé et sécurité au travail. Caisse nationale de l'Assurance Maladie; 2022 nov p. 6.
16. Blum Le Coat JY, Pascual M. La difficile reconnaissance du caractère professionnel des atteintes à la santé mentale: Retour sur une action d'accompagnement des salariés dans les démarches de déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles. pistes [Internet]. 24 janv 2017 [cité 18 sept 2023];(19-1). Disponible sur: <http://journals.openedition.org/pistes/4922>
17. Fatome T, Thiebauld A. L'Essentiel 2021-Santé et sécurité au travail. Caisse nationale de l'Assurance Maladie; 2022 nov p. 8.

18. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - AT-MP. Direction de la sécurité sociale; 2023 mai p. 9.
19. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - AT-MP. Direction de la sécurité sociale; 2023 mai p. 39.
20. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - AT-MP. Direction de la sécurité sociale; 2023 mai p. 36.
21. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - AT-MP. Direction de la sécurité sociale; 2023 mai p. 7.
22. Fatome T, Thiebeauld A. L'Essentiel 2021-Santé et sécurité au travail. Caisse nationale de l'Assurance Maladie; 2022 nov p. 5.
23. Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale - AT-MP. Direction de la sécurité sociale; 2023 mai p. 40.
24. Tissot C, Bastide JC. Accidents du travail - Quelles particularités chez les séniors ? Hygiène et sécurité du travail. déc 2012;(229).
25. Revel N, Jeantet M. Convention d'objectifs et de gestion 2018 - 2022 - L'Assurance Maladie – Risques professionnels. Direction des Risques Professionnels; p. 12.
26. La gestion du risque accidents du travail et maladies professionnelles. Cour des comptes; 2002 févr p. 155.
27. Revel N, Jeantet M. Convention d'objectifs et de gestion 2018 - 2022 - L'Assurance Maladie – Risques professionnels. Direction des Risques Professionnels; p. 20.
28. Aballea P, Marie E. L'évaluation de l'état d'invalidité en France - réaffirmer les concepts, homogénéiser les pratiques et refondre le pilotage du risque. Inspection Générale des Affaires Sociales; 2012 mai p. 3.
29. Del Sol M. La mise en perspective de l'évaluation de l'invalidité et de l'incapacité permanente. Regards. 2017;(51):119.
30. Jeantet M, Thiebeauld A. Les missions de la branche AT/MP. Regards. 2017;(51):33.
31. Snyers B. [Trauma and imputability]. Bull Soc Belge Ophtalmol. 2004;(291):53-8.
32. Finances et comptes publics - La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Cour des comptes; 2021 oct p. 332.
33. Finances et comptes publics - La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Cour des comptes; 2023 mai p. 344.
34. Finances et comptes publics - La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Cour des comptes; 2023 mai p. 345.
35. Finances et comptes publics - La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Cour des comptes; 2023 mai p. 346.
36. Finances et comptes publics - La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Cour des comptes; 2023 mai p. 331.

37. Finances et comptes publics - La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Cour des comptes; 2021 oct p. 344.
38. Finances et comptes publics - La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Cour des comptes; 2023 mai p. 352.
39. Finances et comptes publics - La Sécurité Sociale - Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Cour des comptes; 2023 mai p. 358.

Table des tableaux

Tableau I : Calcul du montant de la pension en fonction de la catégorie de l'invalidité.....	9
Tableau II : montant de l'indemnité forfaitaire pour un taux d'IP <10%.....	10
Tableau III : fraction du salaire pris en compte en fonction du montant du salaire.....	11
Tableau IV : durée de versement des indemnités complémentaires.....	13
Tableau V : caractéristiques des postes de travail pour l'ensemble des dossiers étudiés.....	18
Tableau VI : détails des conclusions des expertises mandatées par les employeurs.....	19
Tableau VII : détail des caractéristiques des postes de travail dans les dossiers révisés et non révisés.....	22
Tableau VIII : détail des facteurs pouvant influencer la révision en CMRA dans les dossiers révisés et non révisés.....	23
Tableau IX : détail des décisions de la CMRA pour les dossiers révisés portant sur l'imputabilité.....	24
Tableau X : détail des éléments motivants la décision de révision pour les dossiers portant sur l'imputabilité.....	25

Table des illustrations

Figure 1 : diagramme de flux de l'étude.....	16
Figure 2 : répartition géographique des dossiers de recours employeur.....	17
Figure 3 : répartition des dossiers selon la région anatomique.....	17
Figure 4 : répartition des âges pour l'ensemble des dossiers.....	18
Figure 5 : répartition des taux d'IP initialement fixé par la caisse.....	19
Figure 6 : répartition des écarts entre le taux proposé par l'expert mandaté par l'employeur et le taux contesté.....	20
Figure 7 : répartition des dossiers révisés en CMRA selon la région anatomique.....	20
Figure 8 : répartition des âges pour les dossiers révisés en CMRA.....	21
Figure 9 : répartition de la diminution du taux d'IP pour les dossiers révisés en CMRA.....	21
Figure 10 : répartition des écarts entre le taux proposé par l'expert mandaté par l'employeur et le taux fixé en CMRA.....	21
Figure 11 : répartition géographique des dossiers d'imputabilité.....	24

Commission médicale de recours amiable Etude des recours employeur sur la région Occitanie

RESUME EN FRANÇAIS :

Objectif : Explorer le fonctionnement, les enjeux et les implications de la CMRA, afin de mieux comprendre son rôle dans le paysage médical contemporain et d'identifier les différents éléments qui influencent les décisions des experts médicaux et les révisions de dossiers dans le contexte des recours employeur.

Matériel et méthodes : Nous avons recueilli et analysé les dossiers de recours transmis à deux experts siégeant à la CMRA de la région Occitanie ainsi que les rapports des conclusions de ces experts quant à ces dossiers sur les années 2019 à 2021.

Résultats : L'analyse a été réalisée sur 210 dossiers de recours employeur parmi lesquels on comptait 117 dossiers concernant un taux d'IP et 93 dossiers concernant l'imputabilité. Au sein des recours concernant le taux d'IP, on constate que la majeure partie des dossiers concerne des TMS avec 97 (83%) dossiers associés à des TMS séquellaires. 49 (41,9%) dossiers ont été révisés en CMRA et on retrouve 34 (69,4%) dossiers où la révision entraîne le passage du taux sous les 10%. Seule la présence d'un état antérieur sur la région anatomique concernée a été identifié de façon statistiquement significative comme un facteur pouvant influencer la révision d'un dossier en CMRA. Pour les dossiers concernant l'imputabilité, la CMRA a infirmé la décision du médecin-conseil dans 41 (44,1%) dossiers et l'expert a réduit la durée des arrêts de travail imputables dans 36 (87,8%) dossiers.

Conclusion : La CMRA trouve sa place et fait preuve d'une certaine efficacité dans le paysage médico-judiciaire contemporain, puisque les CMRA ont contribué à filtrer pour les tribunaux environ 40% des contestations de nature médicale par rapport à la situation antérieure à leur création. Toutefois les rapports d'évaluation des séquelles transmises aux experts médicaux pourraient être améliorés afin de mieux refléter l'impact professionnel des séquelles notamment par le biais d'une meilleure collaboration avec la médecine du travail.

TITRE EN ANGLAIS : Medical amicable appeals commission - Study of employer appeals in the Occitanie region

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLÉS : Commission médicale de recours amiable, CMRA, recours employeur, accident du travail, maladie professionnelle, taux d'incapacité permanente, imputabilité, expertise médico-légale.

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de Santé de Toulouse
37 Allées Jules Guesde 31000 Toulouse

Directeur de thèse : Pr Frédéric SAVALL