

Items 108 et 109 : Accidents du travail et maladies professionnelles

COFER, Collège Français des Enseignants en Rhumatologie

Date de création du document 2010-2011

Table des matières

ENC :	3
SPECIFIQUE :	3
I Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions.....	3
I.1 Accident de travail et de trajet.....	3
I.2 Maladies professionnelles.....	4
I.2.1 Certificat médical initial.....	6
I.2.2 Démarches de la caisse d'assurance maladie.....	7
I.2.3 Prise en charge des soins.....	7
II Prise en charge d'un accident du travail et d'une maladie professionnelle.....	7
II.1 Accident du travail.....	7
II.2 Maladies professionnelles.....	9
II.3 Consolidation, rechute et aggravation.....	10

OBJECTIFS

ENC :

- Définir un accident du travail, une maladie professionnelle, une incapacité permanente, une consolidation. Se repérer dans les procédures et en comprendre les enjeux.

SPECIFIQUE :

- Savoir définir un accident du travail et une maladie professionnelle dans le régime général et dans les régimes spéciaux.
- Connaître les principes de prise en charge d'un accident du travail et d'une maladie professionnelle.
- Connaître les modalités de collaboration, dans l'intérêt du patient, entre médecin généraliste, rhumatologue et médecin du travail.
- Connaître les bénéfices et avantages d'une prise en charge en accident du travail ou maladie professionnelle.
- Connaître les maladies de l'appareil locomoteur indemnisables en tant que maladies professionnelles (tableaux 57, 97, 98), en donner le nombre et la nature.

I ACCIDENTS DU TRAVAIL ET MALADIES PROFESSIONNELLES : DÉFINITIONS

I.1 ACCIDENT DE TRAVAIL ET DE TRAJET

1) Article L. 411-1 du code de la sécurité sociale

« Est considéré comme accident de travail, quelle qu'en soit la cause, l'accident survenu par le fait ou à l'occasion du travail à toute personne salariée ou travaillant, à quelque titre ou en quelque lieu que ce soit, pour un ou plusieurs employeurs ou chefs d'entreprise. »

2) Article L. 412-2 du code de la sécurité sociale

Les accidents de trajet sont également concernés, survenant durant le parcours aller-retour entre le lieu de travail et le lieu de résidence principale (ou une résidence secondaire stable, ou encore un lieu où le salarié se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial) ; le lieu de travail et le restaurant, la cantine ou tout autre lieu où le salarié prend habituellement ses repas.

Pour être considéré comme un accident de trajet, l'itinéraire doit avoir été le plus direct possible, sauf si un détour a été rendu nécessaire par un covoiturage régulier. Il ne doit pas

non plus avoir été interrompu ou détourné pour un motif personnel non lié aux nécessités essentielles de la vie courante, ou n'ayant aucun rapport avec le travail du salarié.

I.2 MALADIES PROFESSIONNELLES

Il n'existe pas à proprement parler de définition générale de la maladie professionnelle, mais plutôt un ensemble de conditions qui font que celles-ci peuvent être reconnues comme étant en relation avec l'activité professionnelle et donc être réparées suivant les dispositions de la réglementation française, en attendant une future harmonisation européenne (tableau 11.1). Les tableaux des maladies professionnelles recensent les affections reconnues comme telles, mais, sous certaines conditions, des maladies n'y figurant pas peuvent également être prises en charge.

Une affection peut être reconnue comme maladie professionnelle si elle figure sur l'un des tableaux annexés au Code de la Sécurité sociale. L'intéressé doit prouver son exposition au risque. Auquel cas, toute affection répondant aux conditions du tableau est présumée d'origine professionnelle.

Ces tableaux sont créés et modifiés par décret au fur et à mesure de l'évolution des techniques et des progrès des connaissances médicales
(([http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/inrs-fr/\\$file/fset.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/inrs-fr/$file/fset.html) : [http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/inrs-fr/\\$file/fset.html](http://www.inrs.fr/inrs-pub/inrs01.nsf/intranetobject-accesparreference/inrs-fr/$file/fset.html))). Les maladies professionnelles sont classées également par pathologies, dont les maladies professionnelles ostéoarticulaires
((<http://inrsmp.konosphere.com/cgi-bin/mppage.pl?state=1&acc=1&rgm=1&doc=296&str=ostéonécrose.> : <http://inrsmp.konosphere.com/cgi-bin/mppage.pl?state=1&acc=1&rgm=1&doc=296&str=ostéonécrose.>)).

Chaque tableau comporte (tableaux 11.2 et 11.3) : la description de la maladie, le délai de prise en charge, c'est-à-dire le délai maximal entre la fin de l'exposition au risque et la première constatation médicale de la maladie, les travaux susceptibles de provoquer l'affection en cause, et, pour certaines affections, la durée d'exposition au risque.

Lorsqu'une affection ne remplit pas toutes les conditions d'un tableau, voire n'apparaît dans aucun tableau, elle peut néanmoins être reconnue comme maladie professionnelle. C'est un comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), composé d'experts médicaux, qui statue sur le lien de causalité la maladie et le travail habituel de la victime. Cet avis s'impose à l'organisme de Sécurité sociale.

Tableau 11.1. Liste des maladies professionnelles rhumatologiques

Liste des maladies professionnelles rhumatologiques	N° dans le régime général (RG), dans le régime agricole (RA)	
	RG	RA
Affections péri-articulaires et méniscales provoquées par certains gestes et posture du travail Tendinopathie de la coiffe des rotateurs Capsulite de l'épaule Épicondylite Épiproctite Hygroma aigu et chronique Syndrome de la gouttière épiprocto-olécrânienne Tendinites et ténosynovites des mains et des poignets Syndrome du canal carpien Syndrome de la loge de Guyon Syndrome de compression du nerf sciatique poplité externe Hygroma aigu ou chronique du genou Tendinite sous-quadricipitale ou rotulienne Tendinite de la patte d'oie Tendinite achilléenne Lésions chroniques du ménisque	57 - 79	39

suite du tableau 11.1

Liste des maladies professionnelles rhumatologiques	N° dans le régime général (RG), dans le régime agricole (RA)	
	RG	RA
Pathologie provoquée par les vibrations et les chocs transmis par certaines machines-outils et objets Arthrose du coude Ostéonécrose du semi-lunaire Ostéonécrose du scaphoïde Troubles angioneurotiques de la main	69	29
Pathologie provoquée par des agents physiques Silice (sclérodermie) Rayonnements ionisants (radionécrose, sarcome osseux...) Accidents dysbariques (ostéonécrose de la hanche, de l'épaule, du genou)	25-25bis 6 29	20-22 20
Maladies toxiques Fluor (syndrome ostéoarticulaire douloureux comportant nécessairement une ostéocondensation diffuse associée à des calcifications périphériques) Cadmium (ostéomalacie) Chlorure de vinyle (troubles angioneurotiques des extrémités, ostéolyse des phalanges unguéales...)	32 61 52	42
Maladies infectieuses Brucellose Tuberculose Pasteurellose Rouget du porc Gonococcie Spirochétoses à tiques (érythème chronique migrant, oligoarthrite, atteinte neurologique)	24 40 86 88 76 19	6 16 50 51 5
Affections du rachis lombaire provoquées par la manutention habituelle de charges lourdes ou par des vibrations de basse et moyenne fréquences Lombosciatique (L4-L5 et L5-S1) et lombocurralgie (L2-L3 et L3-L4) par hernie discale	97-98	57-57bis

Tableau 11.2. Régime général, tableau 97. Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par des vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier. Date de création : 16 février 1999 (décret du 15 février 1999)

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux exposant habituellement aux vibrations de basses et moyennes fréquences transmises au corps entier : – par l'utilisation ou la conduite des engins et véhicules tout terrain : chargeuse, pelleteuse, chargeuse-pelleteuse, nivelleuse, rouleau vibrant, camion tombereau, décapeuse, chariot élévateur, chargeuse sur pneus ou chenilleuse, bouteur, tracteur agricole ou forestier ; – par l'utilisation ou la conduite des engins et matériels industriels : chariot automoteur à conducteur porté, portique, pont roulant, grue de chantier, crible, concasseur, broyeur ; – par la conduite de tracteur routier et de camion.

Tableau 11.3. Régime général, tableau 98. Affections chroniques du rachis lombaire provoquées par la manutention manuelle de charges lourdes. Date de création : 16 février 1999 (décret du 15 février 1999)

Désignation de la maladie	Délai de prise en charge	Liste limitative des travaux susceptibles de provoquer ces maladies
Sciatique par hernie discale L4-L5 ou L5-S1 avec atteinte radiculaire de topographie concordante. Radiculalgie crurale par hernie discale L2-L3 ou L3-L4 ou L4-L5, avec atteinte radiculaire de topographie concordante.	6 mois (sous réserve d'une durée d'exposition de 5 ans)	Travaux de manutention manuelle habituelle de charges lourdes effectués : – dans le fret routier, maritime, ferroviaire, aérien ; – dans le bâtiment, le gros œuvre, les travaux publics ; – dans les mines et carrières ; – dans le ramassage d'ordures ménagères et de déchets industriels ; – dans le déménagement, les garde-meubles ; – dans les abattoirs et les entreprises d'équarrissage ; – dans le chargement et le déchargement en cours de fabrication, dans la livraison, y compris pour le compte d'autrui, le stockage et la répartition des produits industriels et alimentaires, agricoles et forestiers ; – dans le cadre des soins médicaux et paramédicaux induant la manutention de personnes ; – dans le cadre du brancardage et du transport des malades ; – dans les travaux funéraires.

I.2.1 Certificat médical initial

Le certificat médical initial constitue un des documents de référence de toute la procédure. Lorsqu'un patient consulte suite à une possible maladie professionnelle, un certificat médical initial doit être rédigé précisant la date de première constatation médicale, date à laquelle les symptômes ou les lésions révélant la maladie ont été constatés pour la première fois par un médecin (certificat médical, examens complémentaires, lettre entre médecins, compte rendu de consultation...) même si le diagnostic n'a été établi que postérieurement. Les volets 1 et 2 doivent être adressés à la caisse d'assurance maladie, le patient conservant le volet 3 qu'il présentera à chaque consultation. En cas d'arrêt de travail, il adresse le volet 4, intitulé « Certificat d'arrêt de travail », à son employeur.

I.2.2 Démarches de la caisse d'assurance maladie

À réception de la déclaration de maladie professionnelle de l'employeur, la caisse d'assurance maladie dispose de 3 mois pour instruire le dossier et se prononcer sur le caractère professionnel de la maladie. Dans le cas où une des conditions prévues au tableau n'est pas respectée, la caisse d'assurance maladie peut soumettre le dossier au comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP), dont l'avis motivé s'imposera à l'organisme de Sécurité sociale. Ce comité comprend : le médecin conseil régional ou son représentant, le médecin inspecteur régional du travail et de l'emploi et des médecins ayant une expertise reconnue dans la pathologie étudiée.

À l'issue du délai d'instruction, la caisse d'assurance maladie informe le patient de sa décision par un avis, le médecin et l'employeur.

I.2.3 Prise en charge des soins

Si la caisse d'assurance maladie a reconnu le caractère professionnel de sa maladie, le patient bénéficie d'une prise en charge à 100 % de tous les soins liés à sa maladie, sur la base et dans la limite des tarifs de la Sécurité sociale. Pour bénéficier de la prise en charge de ses soins sans avoir à faire l'avance de frais, le patient doit présenter, à chaque consultation, la « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » que lui a remise sa caisse d'assurance maladie.

Cette feuille est valable pour toute la durée du traitement. Les frais d'hospitalisation sont pris en charge à 100 % et le patient ne paie pas le forfait journalier. Les transports sanitaires sont intégralement pris en charge s'ils sont médicalement justifiés et, éventuellement, après entente préalable avec la caisse d'assurance maladie (cas de trajets importants ou fréquents).

II PRISE EN CHARGE D'UN ACCIDENT DU TRAVAIL ET D'UNE MALADIE PROFESSIONNELLE

Le rôle des interlocuteurs est précisé par une réglementation issue du Code de la Sécurité sociale.

II.1 ACCIDENT DU TRAVAIL

1) La victime

La victime doit informer l'employeur dans les 24 heures, sauf cas de force majeure . Ses ayants droit ou des collègues de travail peuvent se substituer à elle.

La déclaration peut être faite directement à la CPAM, dans un délai de 2 ans au maximum : par exemple, une plaie bénigne négligée, à l'origine d'un téton tardif, ou plus classiquement en cas de refus de reconnaissance de l'accident du travail par l'employeur.

2) L'employeur

L'employeur doit informer la CPAM dans les 48 heures après avoir pris connaissance de la date de l'accident .

Il remet au salarié une feuille datée en trois exemplaires pour justifier la prise en charge des soins, même s'il conteste la réalité de l'accident du travail, dans un délai de 20 jours.

Pour les accidents du travail bénins, la tenue d'un registre est obligatoire (le « cahier d'infirmerie »). Le recours à cette preuve écrite peut être nécessaire dans un second temps (l'exemple d'un tétanos secondaire à une plaie superficielle).

3) Le médecin

Le médecin établit le « certificat médical initial » en double exemplaire. Il doit être descriptif, précis (état de la victime, localisation des lésions...) et le plus exhaustif possible pour permettre de définir la présomption d'imputabilité . Un exemplaire est gardé par la victime, l'autre est envoyé à la CPAM.

Depuis le 15 septembre 2007, le médecin précise si l'état du patient autorise des sorties.

Dans ce cas, le patient doit être présent à son domicile de 9 h à 11 h et de 14 h à 16 h, sauf en cas de soins ou d'examens médicaux. Le patient est tenu de respecter ces heures de présence à son domicile pendant toute la durée de son arrêt de travail, y compris les samedis, dimanches et jours fériés. S'il doit séjourner en dehors de son département, il lui faut demander au préalable l'accord de sa caisse d'assurance maladie.

La suite des soins peut nécessiter la rédaction d'un « certificat de prolongation ». Établi également en double exemplaire, il a la même vocation que le premier.

À la fin des soins immédiats et, éventuellement de l'arrêt de travail, le médecin établit un « certificat médical final » descriptif indiquant les conséquences de l'accident :

- le certificat médical final de guérison, lorsqu'il y a disparition apparente des lésions ;
- le certificat médical final de consolidation, lorsque les lésions se fixent et prennent un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus en principe nécessaire, et avec des séquelles entraînant une incapacité permanente.

Dans les deux cas, une rechute est toujours possible.

Après la guérison ou la consolidation, une rechute peut entraîner un traitement médical et, éventuellement, un arrêt de travail. La rechute suppose un fait nouveau : soit une aggravation de la lésion initiale, soit l'apparition d'une nouvelle lésion résultant de l'accident du travail. Elle ne peut intervenir qu'après une guérison ou une consolidation.

En cas de rechute, le médecin rédige un certificat médical de rechute.

Ces certificats médicaux étant destinés au médecin-conseil de la Sécurité sociale, le médecin

est délié de la notion de secret médical.

4) La CPAM de la victime

Elle reconnaît, ou pas, la réalité de l'accident du travail dans un délai de 15 jours.

Elle informe l'inspection du travail.

Elle réalise une enquête administrative, médicale et, si la gravité le nécessite, elle saisit le tribunal d'instance.

Son rôle d'assureur consiste à prendre en charge :

- les prestations en nature (soins) ;
- les prestations en espèces (indemnités journalières) ;
- la fixation d'un éventuel taux d'IPP en cas de consolidation.

La Sécurité sociale va répercuter le coût de l'accident du travail sur le taux de la cotisation patronale.

Elle conseille, voire met en demeure l'entreprise dans la prévention et la sécurité des accidents du travail.

II.2 MALADIES PROFESSIONNELLES

Il existe deux types d'affections qui relèvent de la législation sur les maladies professionnelles : celles qui sont indemnifiables (les MPI) et celles qui ne le sont pas (les MP non I).

1) Le médecin traitant

Il rédige le « certificat médical initial », qui doit indiquer la nature de la maladie, ses manifestations cliniques et paracliniques, et les suites probables (en quatre exemplaires, dont un est conservé par la victime) .

2) L'employeur

Il est tenu de déclarer à l'inspection du travail et à la CPAM les procédés de travail susceptibles de provoquer des maladies professionnelles.

Il remet à la victime, son salarié, une attestation de salaire.

3) La victime

Elle doit faire sa propre déclaration dans les 15 jours à la CPAM, après la constatation médicale (dans les 3 mois en cas de parution au JO d'un nouveau tableau).

4) La CPAM

Par une première lecture, elle s'assure que les critères administratifs contenus dans le tableau sont totalement respectés (deuxième et troisième colonnes). La maladie professionnelle est alors acceptée sans discussion. Le doute profite à la victime.

Une déclaration est adressée au médecin-conseil de la CPAM qui vérifie que toutes les dispositions médicales du tableau sont réalisées.

Une enquête technique s'assure de la réalité du risque dans l'entreprise.

Un exemplaire est adressé au médecin de l'inspection du travail.

Si la CPAM reconnaît le caractère professionnel de la pathologie, elle la prend totalement en charge d'une manière identique à un accident du travail (soins, indemnités journalières, etc.).

Dans le cas contraire, la victime recevra des prestations au titre de l'assurance maladie.

II.3 CONSOLIDATION, RECHUTE ET AGGRAVATION

1) Guérison ou consolidation

À la fin de la période de soins et/ou d'arrêt de travail, la guérison ou la consolidation peut être proposée par le médecin traitant sur le certificat final descriptif, éventuellement sur la proposition du médecin-conseil en l'absence de certificat final :

- guérison : si aucune séquelle fonctionnelle n'est constatée (donc aucune IPP) ; elle peut être suivie ensuite d'une rechute ;

- consolidation : autrement dit, la fin des soins « actifs » (c'est-à-dire non susceptibles de modifier l'évolution des lésions) ; à l'aide du certificat médical, le médecin établit la liste des séquelles que présente le patient. Ce dernier devra passer, au plus tôt, une visite de reprise avec son médecin du travail, qui évaluera s'il peut retrouver son poste de travail ou, au contraire, s'il doit bénéficier d'un aménagement de son poste, voire d'un reclassement.

Si des soins d'« entretien » (à visée antalgique, par exemple) s'avèrent nécessaires, le médecin doit prescrire des soins postconsolidation. Ce protocole, qui sera cosigné par le médecin-conseil, précise les soins directement imputables à l'accident du travail ou à la maladie professionnelle, ainsi que la durée de traitement retenue. Pour ces soins, le patient continuera de bénéficier du tiers-payant.

2) Rechute

Après la guérison ou la consolidation, une rechute peut entraîner un traitement médical et, éventuellement, un arrêt de travail.

La rechute suppose un fait nouveau : soit une aggravation de la lésion initiale, soit l'apparition d'une nouvelle lésion résultant de l'accident du travail. Elle ne peut intervenir qu'après une guérison ou une consolidation.

Dès réception du certificat médical de rechute, la caisse d'assurance maladie adresse une « feuille d'accident du travail ou de maladie professionnelle » au malade. Après avis du médecin-conseil, elle adresse une notification de sa décision de prendre en charge ou non la rechute au titre de l'accident du travail.

3) Aggravation

La différence entre aggravation et rechute est sensible : un fait nouveau, un arrêt de travail ou une modification de traitement ne sont pas nécessaires pour parler d'aggravation. Mais elle permet la possibilité de révision du taux d'IPP.

4) Taux d'incapacité permanente

Si les séquelles du patient prennent un caractère permanent, le médecin-conseil pourra évaluer une incapacité permanente. Le patient peut alors percevoir le versement d'une rente ou d'un capital calculés à partir de son salaire.

Après la rédaction du certificat final de consolidation, le patient est convoqué par le service médical de sa caisse d'assurance maladie pour y être examiné par un médecin-conseil. Ce dernier rédige un rapport détaillé proposant un taux d'incapacité permanente, établi en fonction d'un barème indicatif d'invalidité, consultable sur le site Legifrance. Ce taux est établi en fonction de : la nature de la maladie du patient, son état général, son âge, ses aptitudes et qualifications professionnelles. La caisse d'assurance maladie du patient l'informe, par lettre recommandée avec accusé de réception, de son taux d'incapacité permanente et du montant qui lui sera versé, sous forme d'indemnité en capital ou de rente d'incapacité permanente.

Un double de ce courrier sera adressé à la caisse régionale d'assurance maladie et à l'employeur :

- indemnité en capital : si le taux d'incapacité permanente est inférieur à 10 %, la victime a le droit à une indemnité en capital. Son montant, fixé par décret, est forfaitaire et variable selon son taux d'incapacité ;
- indemnité sous forme de rente : si le taux d'incapacité permanente est supérieur ou égal à 10 %, la victime recevra une rente qui est fonction de son salaire.

Des dispositions spécifiques existent en fonction du taux d'incapacité permanente (> 66 ou 80 %).