

Items 108 et 109 : Accidents du travail et maladies professionnelles

Date de création du document 2008-2009

Table des matières

1 Accidents du travail et maladies professionnelles : définitions.....	1
1 . 1 Accident de travail et de trajet.....	1
1 . 1 . 1 Article L. 411-1 du code de la sécurité sociale.....	1
1 . 1 . 2 Article L. 412-2 du code de la sécurité sociale.....	1
1 . 2 Maladies professionnelles.....	1
1 . 2 . 1 Maladies professionnelles indemnissables.....	1
1 . 2 . 2 Maladies à caractère professionnel.....	1
2 Prise en charge d'un accident du travail et d'une maladie professionnelle.....	2
2 . 1 Accident du travail.....	1
2 . 1 . 1 La victime.....	1
2 . 1 . 2 L'employeur.....	1
2 . 1 . 3 Le médecin traitant.....	1
2 . 1 . 4 La CPAM de la victime.....	1
2 . 2 Maladies professionnelles.....	1
2 . 2 . 1 Les MPI.....	1
2 . 2 . 2 Les maladies à caractère professionnel (MP non I).....	1
2 . 3 Consolidation, rechute et aggravation.....	1
2 . 3 . 1 Guérison ou consolidation.....	1
2 . 3 . 2 Rechute.....	1
2 . 3 . 3 Aggravation.....	1

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

I.1.1 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. »

I.1.2 Article L. 412-2 du code de la sécurité sociale

Il précise la notion d'accident de trajet : « Est également considéré comme accident de travail, lorsque la victime ou les ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :

- la résidence principale, une résidence secondaire présentant un caractère de stabilité ou tout autre lieu où le travailleur se rend de façon habituelle pour des motifs d'ordre familial et le lieu de travail ;
- le lieu du travail et le restaurant, la cantine ou, d'une manière plus générale, le lieu où le travailleur prend habituellement ses repas, et dans la mesure où le parcours n'a pas été interrompu ou détourné pour un motif dicté par l'intérêt personnel et étranger aux nécessités essentielles de la vie courante ou indépendant de l'emploi. »

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.I).

Il existe deux types d'affections qui relèvent de la législation sur les maladies professionnelles :

- les maladies professionnelles indemnisables ;
- les maladies à caractère professionnel non indemnisables.

Tableau 11.I. 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 Épitrôchléite Hygroma aigu et chronique Syndrome de la gouttière épitrôchléo-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.I

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 (sclérodémie) 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 Spirochètoses à tiques (érythème chronique migrant, oligoarthritis, 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 lombocruralgie (L2-L3 et L3-L4) par hernie discale	97-98	57-57bis

I.2.1 Maladies professionnelles indemnissables

a. Conditions pour qualifier une maladie professionnelle indemnissable

Il existe des conditions :

- médicales ;
- professionnelles ;
- administratives.

Elles sont mentionnées sur les tableaux des maladies professionnelles, permettant de qualifier une maladie de « professionnelle » sans que la victime ou ses ayants droit aient à faire la preuve de la relation causale travail-maladie.

Si, pour une affection donnée, ces conditions sont remplies, la victime bénéficiera de la présomption d'origine lui permettant d'obtenir la prise en charge des soins nécessaires, une compensation éventuelle pour perte de salaire et, enfin, une indemnisation en fonction de l'incapacité résiduelle après consolidation (incapacité partielle permanente : IPP).

Il existe un nombre limité de tableaux de maladies professionnelles indemnissables : 98 dans le régime général, 57 dans le régime agricole. Les tableaux 11.II et 11.III en sont deux exemples dans le régime général.

Depuis le 27 janvier 1993, une possibilité supplémentaire de reconnaissance des maladies d'origine professionnelle a été incluse dans la législation (art. L. 461-1).

La Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) reconnaît l'origine professionnelle d'une maladie après avis d'un Comité régional de reconnaissance des maladies professionnelles (CRRMP).

Ce comité peut être amené à donner son avis dans les deux cas suivants :

- « Si une ou plusieurs conditions tenant au délai de prise en charge, à la durée d'exposition ou à la liste limitative des travaux ne sont pas remplies, la maladie telle qu'elle est désignée dans un tableau de maladies professionnelles peut être reconnue d'origine professionnelle lorsqu'il est établi qu'elle est directement causée par le travail habituel de la victime. »
- « Peut être également reconnue d'origine professionnelle une maladie caractérisée non désignée dans un tableau lorsqu'il est établi qu'elle est essentiellement et directement causée par le travail habituel de la victime et qu'elle entraîne le décès de celle-ci ou une incapacité permanente d'un taux (...) au moins égal à un pourcentage déterminé. »

b. Descriptif des tableaux

Chaque tableau comporte :

- un titre, où figure :
- le numéro du tableau ;
- l'intitulé de l'affection ou l'intitulé de l'agent causal (physique, chimique, biologique) ;

- trois colonnes :

- à gauche : désignation des maladies. Le praticien qui rédige le certificat médical initial doit obligatoirement en respecter les termes.

Certains tableaux comportent des critères diagnostiques, ou éventuellement une épreuve de réexposition ;

- au milieu : délai de prise en charge. Il s'agit de la période de temps maximale entre la fin de l'exposition et la date d'apparition de la maladie ;

- à droite : liste limitative ou indicative des travaux susceptibles d'engendrer l'affection professionnelle.

Tableau 11.II. 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
Sciaticque 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, niveleuse, 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.III. 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
Sciaticque 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.2.2 Maladies à caractère professionnel

Il s'agit des maladies pouvant être induites par le travail mais non indemnisables car ne figurant pas sur les tableaux.

Art. L. 461-6 du code de la sécurité sociale : « En vue, tant de la prévention des maladies professionnelles que d'une meilleure connaissance de la pathologie professionnelle et de l'extension ou de la révision des tableaux, est obligatoire pour tout docteur en médecine qui peut en connaître l'existence, notamment les médecins du travail, la déclaration de tout symptôme d'imprégnation toxique et de toute maladie, lorsqu'ils ont un caractère professionnel et figurent sur une liste établie par arrêté interministériel, après avis du conseil supérieur de la prévention des risques professionnels. Il doit également déclarer tout symptôme et toute maladie non compris dans cette liste mais qui présentent, à son avis, un caractère professionnel (...) »

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

II.1.1 La victime

La victime doit informer l'employeur dans les vingt-quatre 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 Caisse Primaire d'Assurance Maladie, dans un délai de deux ans maximum : par exemple, une plaie bénigne négligée, à l'origine d'un tétanos tardif, ou plus classiquement en cas de refus de reconnaissance de l'accident du travail par l'employeur.

II.1.2 L'employeur

L'employeur doit informer la CPAM dans les quarante-huit heures.

Il remet au salarié une feuille datée en trois exemplaires (le « triptyque ») pour justifier la prise en charge des soins, même s'il conteste la réalité de l'accident du travail dans un délai de vingt 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).

II.1.3 Le médecin traitant

Le médecin traitant établit le « certificat descriptif initial » en double exemplaire. Ce document a une valeur médico-légale. Il doit être 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.

La suite des soins peut nécessiter la rédaction d'un « certificat de prolongation ». Également en double exemplaire, il a la même vocation que le premier. À la fin des soins immédiats, il établit un « certificat final » descriptif et précise la date de reprise de travail avec la mention de l'une des trois conclusions suivantes :

- guérison avec retour à l'état antérieur ;
- guérison apparente avec possibilité de rechute ultérieure ;
- consolidation avec séquelles.

Ces certificats médicaux étant destinés au médecin-conseil de la sécurité sociale, le médecin est délié de la notion de secret médical.

II.1.4 La CPAM de la victime

La CPAM de la victime :

- reconnaît, ou pas, la réalité de l'accident du travail dans un délai de quinze jours ;
- informe l'inspection du travail ;
- 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'Incapacité Partielle Permanente 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 indemnisables (les Maladies Professionnelles indemnisables) et celles qui ne le sont pas (les MP non I).

II.2.1 Les MPI

a. 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 (quatre exemplaires dont un est conservé par la victime).

b. 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.

c. La victime

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

d. 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.2.2. Les maladies à caractère professionnel (MP non I)

Ce sont des pathologies qui peuvent être induites par le travail, mais qui ne font pas l'objet d'un tableau. Elles sont sous-estimées. Elles ne sont pas indemnisables, mais elles peuvent faire l'objet d'une demande auprès de la CRRMP, qui statuera. Si elles ne sont pas acceptées en maladie professionnelle, elles sont prises en charge par le régime de l'assurance maladie.

a. Le médecin traitant ou le médecin du travail

- Il établit une déclaration sur un formulaire préétabli par la CPAM. Cet imprimé est différent de celui commun aux accidents du travail et aux maladies professionnelles.
- Il adresse un exemplaire de la déclaration au médecin inspecteur du travail et de la main-d'oeuvre, qui le transmet à l'inspection du travail.

b. L'inspection du travail

- Elle diligente les enquêtes et les études nécessaires.
- Elle adresse l'ensemble des données recueillies à son ministère de tutelle, le ministère du travail.

c. Le conseil supérieur de la prévention des risques professionnels

Saisi par le ministère du travail, il peut proposer une révision ou une extension des tableaux existants des maladies professionnelles. Le ministère du travail statue.

II.3 CONSOLIDATION, RECHUTE ET AGGRAVATION

II.3.1 Guérison ou consolidation

À la fin de la période de soins 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 donner lieu ensuite à une rechute.
- *Consolidation* : ne correspond pas obligatoirement à la reprise de travail ; la lésion se fixe et prend un caractère permanent, sinon définitif, tel qu'un traitement n'est plus, en principe, nécessaire, si ce n'est pour éviter une aggravation ; les soins après

consolidation sont possibles (demande spécifique de soins après consolidation) ; le médecin-conseil convoque la victime pour statuer sur le taux d'incapacité permanente (IPP).

II.3.1 Rechute

Il s'agit d'un fait nouveau en rapport avec la maladie professionnelle justifiant d'un traitement différent ou d'un arrêt de travail. En cas de rechute, la présomption d'imputabilité n'existe pas, le salarié doit apporter la preuve. La déclaration doit être effectuée avec tous les justificatifs médicaux auprès de la CPAM – c'est le certificat médical qui établit la relation de causalité et donc la preuve. Pendant la période de rechute, la victime bénéficie des prestations en nature et des indemnités journalières jusqu'à la guérison ou la consolidation des lésions.

II.3.2 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.

III ANNEXES

ABRÉVIATIONS

- CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie
- IPP : Incapacité Partielle Permanente
- MPI : Maladies Professionnelles indemnisables